

## 耳鳴り問診票

お名前： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 耳鳴りを感じたのはいつからですか？

- ① ある日、突然 ( )年( )月( )日 ( )時
- ② 明確に覚えていない ( )年( )月頃
- ③ その他( )

2. 耳鳴りはどのあたりで感じますか？

- ①右耳 ②左耳 ③両耳 ④頭の中 ⑤その他( )

3. 耳鳴りの種類は何種類ですか？

- ① 1種類 ② 2種類 ③その他( )

4. 耳鳴りは、どんな音ですか？(複数選択可)

- ①キーン ②ジーン ③ポー ④ザー ⑤ドクドク
- ⑥その他( )

5. 耳鳴りの音は高いですか？低いですか？

- ①高い ②低い ③どちらとも言えない ④その他( )

6. 耳鳴りに以下の特徴は、ありますか？

- ①脈打つ ②音色が変わる ③大きさが変わる ④特になし

7. 耳鳴りがする時に、耳鳴り以外に症状がありますか？(複数選択可)

- ①聞こえにくい ②耳が詰まった感じがする ③めまいがする ④特になし
- ⑤その他( )

8. 耳鳴りの大きさについて

- ①とても大きい ②大きい ③中くらい ④小さい ⑤とても小さい

9. 耳鳴りの頻度について

- ①いつも鳴っている ②たまにとまる ③鳴ったりとまったり ④たまに鳴る
- ⑤ほとんど鳴らない

10. 耳鳴りの気になり方について

- ①気になって仕事(家事・学業など)ができない ②気になるが仕事はできる
- ③仕事中でも時々気になる ④仕事中は忘れている ⑤ほとんど気にならない

11. 耳鳴りについて当院以外の医療機関を受診したことはありますか？

- ①いいえ ②はい→( )年( )月( )日 病院名( )