

耳鳴りの支障度に関する問診票 (THI: Tinnitus Handicap Inventory)

この検査は、耳鳴りがあなたにどのような障害を起こしているか調べるものです。
各質問について 当てはまる点数に○をつけ、最後に点数を合計してください。

年 月 日 氏名

		よくある	たまにある	ない
1	耳鳴のせいで集中するのが難しい	4	2	0
2	耳鳴のせいで人の話が聞き取りにくい	4	2	0
3	耳鳴のせいで怒りを感じる	4	2	0
4	耳鳴のために混乱してしまう	4	2	0
5	耳鳴のために絶望的な気持ちになる	4	2	0
6	耳鳴について多くの不満を訴えてしまう	4	2	0
7	耳鳴が夜間の入眠の妨げになる	4	2	0
8	耳鳴から逃げられないかのように感じる	4	2	0
9	耳鳴のせいで社会的活動（外食をする・映画を観るなど）を楽しめない	4	2	0
10	耳鳴のせいで不満を感じる	4	2	0
11	耳鳴で自分がひどい病気であるように感じる	4	2	0
12	耳鳴のせいで人生を楽しむことができない	4	2	0
13	耳鳴が仕事や家事の妨げになる	4	2	0
14	耳鳴のせいで怒りっぽくなることが多い	4	2	0
15	耳鳴が読書の妨げになる	4	2	0
16	耳鳴のために気が動転する	4	2	0
17	耳鳴の問題が家族や友人との関係にストレスを及ぼしていると感じる	4	2	0
18	耳鳴から意識をそらして耳鳴以外のことに意識を向けることは難しい	4	2	0
19	耳鳴はどうすることもできないと感じる	4	2	0
20	耳鳴のせいで疲労を感じる人が多い	4	2	0
21	耳鳴のせいで落ち込む	4	2	0
22	耳鳴のせいで不安になる	4	2	0
23	もうこれ以上耳鳴に対処できないと感じる	4	2	0
24	ストレスがあると耳鳴もひどくなる	4	2	0
25	耳鳴のせいで自信が持てない	4	2	0

4点		個		点
2点		個		点
	合計			点

当院はオンライン資格確認を導入しております

ふりがな	生年月日	年齢	体重	職業				
お名前	年 月 日	才	kg					
住所	〒	TEL	自宅 () 携帯 ()					
1	どの具合が悪いのですか 耳 鼻 のど 首 口の中 舌 ほほ 上あご 下あご その他 みみ (右・左・両側) (耳の 前・後・上・下) ・耳が痛い ・耳を触ると痛い ・耳だれ ・かゆい ・めまい ・みみあか ・聞こえが悪い ・聞こえない ・耳がふさがった感じ ・自分の声が耳にひびく ・その他 はな (右・左・両側) ・鼻水 (透明/黄緑/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・いびき ・くさいにおい ・鼻血 ・においがにぶい ・においがしない ・いつも口が開いている ・頭痛 (右/左/両方) ・その他 のど (右/左/中央) ・のどが痛い ・のみこむとき痛い ・つかえる感じ ・のどに何かある感じ ・のどがすっきりしない ・声がかれる ・声が出ない ・息苦しい ・せき ・たん ・血の混ざったたんが出る ・たんが切れない その他の症状 (具体的に) ()							
2	それはいつからですか ()							
3	今日は熱がありますか ⇒ 『ある』… (, 度) ⇒ 最近発熱した方…いつから (いつ頃) ですか ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある			
4	今までに飲み薬や注射で発疹がでたり、ショックをおこしたことはありますか ⇒ 『ある』…その薬品名は ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある			
5	アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか ⇒ 『はい』…それはどんな時に出ましたか ()	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい			
6	アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望しますか?	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい			
7	今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか 病名 ()	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい			
8	今までに手術を受けた	耳鼻科の手術	年 月頃	病名 ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある
	ことがありますか	耳鼻科以外の手術	年 月頃	病名 ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある
9	今までに大きな病気をしたことがありますか ⇒ 『ある』… 結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ など 具体的な病名 ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある			
10	いま現在、治療中の病気はありますか ⇒ 『ある』… 糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃十二指腸潰瘍 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 具体的な病名 ()	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある			
11	たばこを吸いますか (1日 本くらい、 才から)	<input type="checkbox"/>	吸わない	<input type="checkbox"/>	吸う			
12	現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか	<input type="checkbox"/>	可能性 ない	<input type="checkbox"/>	ある			
	または、授乳中ですか 出産予定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>	授乳 ない	<input type="checkbox"/>	ある			
13	現在、内服中のくすりはありますか (種類) ⇒ 『ある』… 薬品名	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ある			
14	この1年間で検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい			
15	マイナ保険証による診療情報取得について	<input type="checkbox"/>	同意する					
16	これから受ける診療について、ご希望、または上記の他に何かありましたらご記入ください							

当院は、マイナ保険証による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

当院はオンライン資格確認を導入しております

ふりがな		生年月日		年齢	体重	職業
お名前		年 月 日		才	kg	
住所	〒	TEL	自宅	()		
			携帯	()		
1	どの具合が悪いのですか 耳 鼻 のど 首 口の中 舌 ほほ 上あご 下あご その他 みみ (右・左・両側) (耳の 前 ・後 ・上 ・下) ・耳が痛い ・耳を触ると痛い ・耳だれ ・かゆい ・めまい ・みみあか ・耳鳴り ・聞こえが悪い ・聞こえない ・耳がふさがった感じ ・自分の声が耳にひびく ・その他 はな (右・左・両側) ・鼻水 (透明/白色/黄緑/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・くさいにおい ・鼻血 ・においがにぶい ・においがしない ・いつも口が開いている ・頭痛 (右/左/両方) ・いびき のど (右/左/中央) ・のどが痛い ・のみこむとき痛い ・つかえる感じ ・のどに何かある感じ ・のどがすっきりしない ・声がかれる ・声が出ない ・息苦しい ・せき ・たん ・血の混ざったたんが出る ・たんが切れない その他の症状 (具体的に) ()					
2	それはいつからですか ()					
3	今日熱がありますか ⇒ 『ある』… (. 度) 『ない』… (. 度) ⇒ 最近発熱した方…いつから (いつ頃) ですか ()				ない	ある
4	今までに飲み薬や注射で発疹がでたり、ショックをおこしたことはありますか ⇒ 『ある』…その薬品名は ()				ない	ある
5	アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか ⇒ 『はい』…それはどんな時に出了ましたか ()				いいえ	はい
6	いま現在、治療中の病気はありますか ⇒ 『ある』…糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃十二指腸潰瘍 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 具体的な病名 ()				ない	ある
7	現在、内服中のくすりはありますか (種類) ⇒ 『ある』…薬品名 *お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください				ない	ある
8	今までに大きな病気をしたことがありますか ⇒ 『ある』…結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ など 具体的な病名 ()				ない	ある
9	アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望しますか?				いいえ	はい
10	今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか 病名 ()				いいえ	はい
11	今までに手術を受けた ことがありますか	耳鼻科の手術 年 月頃 病名 ()		ない	ある	
		耳鼻科以外の手術 年 月頃 病名 ()		ない	ある	
12	たばこを吸いますか (1日 本くらい、 才から)				吸わない	吸う
13	現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか				ない	ある
	または、授乳中ですか 出産予定日 (年 月 日)				いいえ	はい
14	この1年間で検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか				いいえ	はい
15	マイナ保険証による診療情報取得について				同意する	
16	これから受ける診療について、ご希望、または上記の他に何かありましたらご記入ください					

当院は、マイナ保険証による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。