

氏名 _____

耳鳴りの支障度に関する質問表 (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引き起こしているか調べるためのものです。各質問について、当てはまる番号に○をつけ、最後に点数を合計してください。

	よくある	たまにある	ない
1 耳鳴りのために物事に集中できない	4	2	0
2 耳鳴りの音が大きくて人の話が聞き取れない	4	2	0
3 耳鳴りに対して腹が立つ	4	2	0
4 耳鳴りのために混乱してしまう	4	2	0
5 耳鳴りのために絶望的な気持ちになる	4	2	0
6 耳鳴りについて多くの不満を訴えてしまう	4	2	0
7 夜眠るときに耳鳴りが妨げになり	4	2	0
8 耳鳴りから逃れられないかのように感じる	4	2	0
9 あなたの社会的活動が耳鳴りにより妨げられている (たとえば、外食をする、映画を観るなどの活動)	4	2	0
10 耳鳴りのために挫折を感じる	4	2	0
11 耳鳴りのために自分がひどい病気であるように感じる	4	2	0
12 耳鳴りがあるために日々の生活を楽しめない	4	2	0
13 耳鳴りが職場や家庭での仕事の妨げになる	4	2	0
14 耳鳴りのためにイライラする	4	2	0
15 耳鳴りのために読書ができない	4	2	0
16 耳鳴りのために気が動転する	4	2	0
17 耳鳴りのために家族や友人との関係にストレスを感じる	4	2	0
18 耳鳴りから意識を逸らすのは難しいと感じる	4	2	0
19 自分一人で耳鳴りを管理していくのは難しいと感じる	4	2	0
20 耳鳴りのために疲れを感じる	4	2	0
21 耳鳴りのために落ち込んでしまう	4	2	0
22 耳鳴りのために体のことが心配になる	4	2	0
23 耳鳴りとこれ以上はつきあっていけないと感じる	4	2	0
24 ストレスがあると耳鳴りがひどくなる	4	2	0
25 耳鳴りのために不安なきもちになる	4	2	0

+ =

問 診 票

中川耳鼻咽喉科

ふりがな		年齢	体重			TEL	自宅	()
お名前		才	kg			携帯	()	
〒		住所		職業				

該当するものに○をつけてください

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 ・耳鳴り ・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)

- ・鼻みず (透明/黄緑/白/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 ・においがにびい ・においがしない ・いつも口が開いてる ・頭痛 (右/左/両方) ・その他

のど (右・左・両側・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 ・声が出にくい ・息苦しい ・せき ・たん ・たんが切れない
- ・血の混ざったたんが出る ・その他

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 ない ・ ある _____ 度

⇒ 「ある」の方、または最近発熱した方、それはいつから (いつ頃) ですか _____

4 今までに飲み薬や注射で発疹が起きたりショックをおこしたことはありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、その薬品名は _____

5 アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか いいえ ・ はい

⇒ 「はい」の方、それはどんな時に出了か _____

★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

6 今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか ない ・ ある (病名 _____)

7 今までに手術を受けたことがありますか { 耳鼻科の手術 ない ・ ある (病名 _____)
 { 耳鼻科以外の手術 ない ・ ある (病名 _____)

8 今までに大きな病気をしたことがありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、 結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ 他 _____

具体的な病名

9 いま現在、治療中の病気はありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、 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 他 _____

具体的な病名

10 たばこを吸いますか すわない ・ すう (1日 本くらい、 _____ 年前より)

11 お酒を飲みますか 飲まない ・ 飲む (1日 _____ mlくらい)

12 現在、内服中のくすりはありますか ない ・ ある (_____ 種類)

「ある」の方、その薬品名

--	--	--

13 これから受ける診療について、ご希望、または上記の事項のほか何かありましたら、ご記入ください