

## 耳鳴りの支障度に関する問診票 (THI: Tininnitus 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ことが多い	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

# 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	( )		
〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				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 ほぼ 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