

Seno ENT Clinic Medical Interview Sheet

Date / / (y/m/d) Ver.4.2

Name		Height	_____ cm
Sex	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女	Weight	_____ kg
Date of Birth	/ / (y/m/d)	Age	_____ years old/歳
Address		Phone	() —
		Cell phone	() —

1. What brought you here today? / 本日はどのような事で来られましたか？

- Face ☐ facial palsy/顔面麻痺 ☐ facial spasm/顔のけいれん ☐ facial injury/顔のけが
- Ear ☐ hearing loss/難聴 (R・L) ☐ tinnitus/耳鳴り (R・L) ☐ vertigo・dizziness/めまい
☐ ear pain/耳が痛い (R・L) ☐ ear discharge/耳だれ (R・L) ☐ ear cleaning/耳そうじ
- Nose ☐ nasal congestion/鼻づまり ☐ running nose/鼻汁 ☐ sneezing/くしゃみ
☐ eye itching/眼がかゆい ☐ nose cleaning/鼻吸引 ☐ head ache/頭痛
☐ nasal bleeding (R・L)/鼻出血 ☐ loss of smelling/臭いがわからない
- Throat ☐ sore throat/喉が痛い ☐ abnormal sense of the throat/のどの異物感
☐ canker sore/口内炎 ☐ dry mouth/口が乾く ☐ loss of taste/味覚低下
☐ fever/発熱 ☐ Yes/はい (_____)°C ☐ No/いいえ
- Neck ☐ thyroid disease/甲状腺疾患 ☐ neck symptom/くびの症状
- Others ☐ snoring/いびき ☐ sleep apnea/無呼吸 ☐ smoking cessation therapy/禁煙治療
☐ day surgery (☐ nasal allergy ☐ chronic sinusitis ☐ other) ☐ piercing/ピアス
☐ immunotherapy for nasal allergy/アレルギー免疫療法
☐ Other(_____)

2. When did the symptom start? / いつ頃から悪くなりましたか？

(_____)

3. Are you currently taking any medications? / 今のんでいる薬はありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい → (_____)

4. Are you allergic to any foods or medications? / 食べ物や薬に対するアレルギーがありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい → (_____)

5. Do you smoke? / たばこを吸いますか？ ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

Do you drink alcohol? / お酒を飲みますか？ ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

6. Is there a possibility that you are pregnant? / 現在妊娠の可能性ありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい → _____ months pregnant/カ月 ☐ I don't know/わからない

Are you breast feeding? / 現在授乳中ですか？ ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

7. Have you previously had any of the diseases listed below? / 今までにかかったことがある病気はありますか？

- ☐ Hypertension/高血圧 ☐ Diabetes/糖尿病 ☐ Liver disease/肝臓病 ☐ Kidney disease/腎臓病
☐ Asthma/喘息 ☐ Hyperlipidemia 高脂血症 ☐ Glaucoma/緑内障 ☐ Prostatomegaly/前立腺肥大
☐ Other/その他 (_____) ☐ Cancer/がん (When?/時期: _____ Part: _____)

8. Have you ever had any surgery? / 今までに手術をしたことがありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい → (When?: _____ Part: _____)