

ノドの違和感 問診票

院長 ・ 2 診医師 ・ どの医師でも可

※「どの医師でも可」ですと待ち時間が少ない医師でご案内します

ふりがな

診察券をお持ちの方

小学生以下の方

氏名： _____

診察券番号： _____

体重 _____ kg

◇ 本日はどうされましたか？（症状を具体的にご記載下さい。）

◇ その症状はいつからですか？

日前 ・ 週間前 ・ か月前 ・ 年前 ・ 不明

◇ 症状が始まったきっかけはありましたか？

なし ・ あり（きっかけ： _____）

◇ タバコは吸いますか？

吸わない ・ 吸う ・ 以前に吸っていた（ _____ 年前まで喫煙）

（吸う、または以前に吸っていたとお答えの方： 約 _____ 本 × _____ 年間喫煙）

● 鼻水が鼻の奥からノドに垂れ込んでくる感じはありますか？

なし ややあり あり

● ノドが乾燥する感じはありますか？

なし ややあり あり

● 症状が一時的になくなる事はありますか？

あり なし（症状常にあり）

● ゲップは出ますか？

いいえ はい

● 胸やけはありますか？

いいえ はい

● 酸っぱい胃酸がノドに込み上げてくる感じ（^{どんきん}呑酸）はありますか？

いいえ はい

● 疲れ、ストレスはありますか？

なし ややあり あり

● 夜はぐっすりと眠れていますか？

はい いいえ わからない

◇ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳も一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり ※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい

月 日より内服、 日間処方（ _____ ）

◇ それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？

いいえ はい（ _____ ）

◇ どのような診療をお望みですか？

・十分な検査を希望 ・とりあえず症状を抑えたい ・その他（ _____ ）

【ここから下は、初診の方・変更がある方はご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

なし アレルギー性鼻炎 緑内障 前立腺肥大 高血圧 糖尿病 喘息 脳梗塞 脳出血

けいれん 心臓疾患(病名: _____) 心療内科の病気(病名: _____)

その他（ _____ ）

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし あり（病名: _____ ）

◇ 薬にアレルギーはありますか？

なし あり（薬名: _____ ）

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳も一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり（薬名: _____ ）

◇ 女性の方は、妊娠の可能性、授乳の有無についてお答えください。

妊娠の可能性： なし あり（妊娠 _____ 週、出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

授乳： なし あり

この3つの質問で
“はい”がある方は、
裏面の「F スケール問診票」もお答え下さい。

◇逆流性食道炎の問診票（Fスケール問診票）

質問	記入欄				
	ない	まれに	時々	しばしば	いつも
1 胸やけがしますか？	0	1	2	3	4
2 おなかがはるがありますか？	0	1	2	3	4
3 食事をした後に胃が重苦しい(もたれる)がありますか？	0	1	2	3	4
4 思わず手のひらで胸をこすってしまうことがありますか？	0	1	2	3	4
5 食べたあと気持ちが悪くなるがありますか？	0	1	2	3	4
6 食後に胸やけがおこりますか？	0	1	2	3	4
7 喉(のど)の違和感(ヒリヒリなど)がありますか？	0	1	2	3	4
8 食事の途中で満腹になってしまいますか？	0	1	2	3	4
9 ものを飲み込むと、つかえることがありますか？	0	1	2	3	4
10 苦い水(胃酸)が上がってくるがありますか？	0	1	2	3	4
11 ゲップがよくでますか？	0	1	2	3	4
12 前かがみをすると胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

※8点以上で逆流性食道炎の疑いあり
 24点以上で逆流性食道炎の強い疑いあり
 (点数の記入をお願いします。)

合計点数 + + +

= 点