

耳鳴り問診票

氏名 _____

該当するものに○をつけてください

- a. 耳鳴りはいつからですか？
(_____) 前から (徐々に / 突然)
- b. 耳鳴りの部位は？
(右耳 / 左耳 / 両耳 / 頭の中)
- c. 耳鳴りはどんな音ですか？
(キーン / ジー / ピー / ザッザッ) その他 _____
- d. 耳鳴りの特徴は？ いくつでも可
(鳴る時と鳴らない時がある / 一日中 / 脈打つ / リズムがある)
- e. 耳鳴りで眠れないことがありますか？
(ない / ある)
- f. 耳鳴りが大きなストレスになっていますか？
(ない / ある)
- g. 耳鳴りの治療を受けたことがありますか？
(ない / ある)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

医療法人社団めぐみ会 田村クリニック2