

咽喉頭 違和感 問 診 表

①その症状はいつからあるのですか？⇒[]

②その症状はこれまでに(どれかに○をつけてください)

悪化していますか？改善してきていますか？日によって変動していますか？

季節に関係がありますか？⇒毎年[]頃に 同じような症状が出る

症状が出るのに、

のどの痛み・せき・たん・くしゃみ・鼻水・鼻づまり・熱・頭痛・風邪など のきっかけがありましたか？

⇒[]

③どのような症状ですか？(当てはまるものを○で囲んでください。2つまで。)

のどの圧迫感、のどに何かが詰まっている感じ、からむ感じ、飲んだ薬が残っている感じ、

張り付いている感じ、むずむず、かゆみ、イガイガ、痛み、

そのほか[]

④症状を感じるのは、次のどのようなときですか？

何もしていないとき、食事のとき、(食事以外で)つばをのみこむとき

そのほか[]

⑤症状を感じないのは、次のどのようなときですか？

何もしていないとき、食事のとき、食事以外で唾液を嚥下するとき

そのほか[]

⑥症状は右か左か偏りがありますか？あるいは、右も左もなくただ“のど”ですか？

⇒[]

⑦症状に一日のうちで変化がありますか？(近い答を○で囲んでください／なければ書いてください)

症状が特に強いのは

どんなときでしょうか？あるいは、いつの時間帯でしょうか？食事に関係がありますか？

起床直後・食後・仕事(学校)で・仕事の終わったあと帰宅すると・寝る前

[]

症状を忘れてるのは

どんなときでしょうか？あるいは、いつの時間帯でしょうか？

起床直後・食後・仕事(学校)で・仕事の終わったあと帰宅すると・寝る前

[]

⑧以下の症状がありますか？○で囲んでください。

肩こり

胸焼け、ゲップ、胃酸の逆流、おなかの張る感じ

くしゃみ、鼻水、鼻水がのどに降りる、鼻づまり

