

## 音声喉頭外来問診票

症状(複数回答可): 声がかれる、声がふるえる、声がつまる

その他: \_\_\_\_\_

いつから: \_\_\_\_\_

きっかけ: \_\_\_\_\_

症状が良くなる、悪くなるタイミングがあれば教えてください。

\_\_\_\_\_

むねやけ・げっぷ症状(どちらかに○をつけてください): ある ・ ない

既往(高血圧など): \_\_\_\_\_

喫煙(過去を含めてご記入ください): 1日 \_\_\_ 本 x \_\_\_ 年

飲酒: 飲まない、機会飲酒、1日 \_\_\_ 杯 x \_\_\_ 日/週

内服・サプリ(ピルを含む): \_\_\_\_\_

薬などのアレルギー(局所麻酔のキシロカインを含む): \_\_\_\_\_

お仕事内容(デスクワーク、営業、保育士、主婦業、歌手など): \_\_\_\_\_

仕事で声を使う時間: 1日 \_\_\_ 時間 x \_\_\_ 日/週

声を使う趣味(カラオケ、詩吟など): 1日 \_\_\_ 時間 x \_\_\_ 日/週