

# 耳管問診票

以下の症状について、該当するものに○をつけてください

自分の声が響いて聞こえることがある	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
周囲の音が響いて聞こえることがある	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
耳がふさがる感じがすることがある	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
自分の呼吸の音が耳に響くことがある	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
自分の心臓の音が耳に響くことがある	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
急に鼻声になることがある	なし	あり			
呼吸が苦しくなることがある	なし	あり			
耳鳴りがする	なし	あり	(みぎ	ひだり)	(どんな音?)
めまいがすることがある	なし	あり	(回転性	非回転性)	
歩くときにふらつくことがある	なし	あり			
聞こえにくい	なし	あり	(みぎ	ひだり	両方)
鼻をすすると症状が改善しますか?	はい	いいえ			
体を横たえると、症状が改善しますか?	はい	いいえ			
前かがみになると症状が改善しますか?	はい	いいえ			
最近体重が減りましたか?	はい	いいえ	(	kg)	
子どものころ中耳炎になったことがありますか?	はい	いいえ			
症状はいつからですか?					
鼓膜の動きを感じたことがありますか?	はい	いいえ			
呼吸による鼓膜の動きを感じたことがありますか?	はい	いいえ			
症状はどの程度ありますか?	1日	回,	週	回	

番号	PHI10	質問項目	全くない	時々ある	よくある
1		症状のために集中しにくいことがありますか。	0	2	4
2		症状がひどいため人の話が聞き取りにくいことがありますか。	0	2	4
3		症状のためにイライラすることがありますか。	0	2	4
4		症状から逃れられないと感じることがありますか。	0	2	4
5		症状のために人との付き合いに支障がありますか。	0	2	4
6		症状のためにフラストレーションを感じることはありませんか。	0	2	4
7		症状のために仕事や家事全般に支障がありますか。	0	2	4
8		症状のために家族や友人との間で緊張感を感じたり関係がうまくいかないと感じることがありますか。	0	2	4
9		症状以外のことに注意を向けられないことがありますか。	0	2	4
10		症状のために不安になることがありますか。	0	2	4

## ETDQ-7

番号	過去1ヶ月以内にこのような症状がありますか？	なし						あり
1	耳に圧力を感じますか？	1	2	3	4	5	6	7
2	耳に痛みを感じますか？	1	2	3	4	5	6	7
3	水の中に入ったような詰まる感じがしますか？	1	2	3	4	5	6	7
4	風邪をひいたときのような耳の症状がありますか？	1	2	3	4	5	6	7
5	「ぱりぱり」「ぽっぽ」というような音がしますか？	1	2	3	4	5	6	7
6	耳がなる感じがしますか？	1	2	3	4	5	6	7
7	聞こえがこもる感じがしますか？	1	2	3	4	5	6	7