

お名前： _____ (ID: _____)

嗅覚（におい）初診 アンケート

年 月 日

・いつから嗅覚（におい）がおかしくなりましたか？

・思い当たるきっかけはありますか？（例：風邪をひいた後・交通事故の後 など）

・どのような症状ですか？ できるだけ具体的に書いてください

・異臭症状（「花なのにゴミのにおいがする」など、本来のにおいとは違うにおいを感じる）はありますか？

はい ・ いいえ

・味覚に異常を感じますか？

おかしいと感じる ・ 感じない（味覚は大丈夫）

・いままでに耳鼻咽喉科を嗅覚（におい）のことで受診されたことはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方へ：どのような治療や検査をうけられましたか？

・鼻の病気の治療をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方へ：何と診断されましたか？どのような治療をされましたか？

・過去に治療した、または現在治療している病気やケガはありますか？

あてはまるものに○をつけてください。

喘息 アレルギー性鼻炎 頭部打撲・骨折 糖尿病 高血圧 心臓病

パーキンソン病 脳梗塞 その他（ _____ ）

また、今他院で処方されている薬があれば書いてください

・仕事は何をされていますか？（ _____ ）

・酒を週に3日以上飲みますか？ はい ・ いいえ

・タバコを吸いますか？ はい ・ いいえ

以上です、ありがとうございました