

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Otolaryngology – Head and Neck Surgery <b>Health History Questionnaire - Audiology (Japanese)</b> 既往歴問診表 – 聴覚科	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

予約日: Date of appointment: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)

患者さんへの注意事項: ひとつひとつの質問をよくお読み下さい。

Patient instructions: Please read each question carefully.

1. 当てはまるすべての症状にチェックし、その症状がおこった具体的な期間を記入して下さい。  
 Check all conditions that you have and specify the time that you have had the condition.

症状 Condition	期間 Time frame				
	新しい症状 New	日数 Days	週数 Weeks	月数 Months	年数 Years
<input type="checkbox"/> 難聴 Hearing loss	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳痛/不快感 Pain/Discomfort in the ear	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> めまい (発症後間もないか、または長期にわたる症状) Dizziness (short or long term)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳だれ Ear drainage	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳鳴り Tinnitus (ringing in the ears)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳の膨満感 Ear fullness	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳の感染症 Ear infection	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 顔面神経麻痺 Facial paralysis	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 顔面痛 Facial pain	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 耳の奇形 (先天性または外傷性) Ear deformity (congenital or traumatic)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 事故に関連した症状 Accident related condition	<input type="checkbox"/>				

2. 耳の手術を受けたことはありますか? Have you ever had ear surgery?

いいえ No

はい Yes; 日 date: 月 month \_\_\_\_\_; 年 year \_\_\_\_\_

3. 過度の騒音環境で働いたことはありますか (例: 工場、工事現場) または騒音の出る趣味がありますか (例: 銃器による射的、音楽バンド、その他)?

Have you ever worked in a facility with excessive noise (examples: factory, construction) or do you have a noisy hobby (examples: gun firing, playing in a band, etc.)?

いいえ No

はい Yes

51-10059	VER: A/15 HIM: 02/15	Medical Record		Health History Questionnaire – Audiology (Japanese)
----------	-------------------------	----------------	---	---

