

耳鼻咽喉科保健調査票

○この調査は耳鼻科検診のかわりに行うものとし、日常の健康管理に役立てるための調査です。
○記入の際は該当学年欄に、保護者の方がお子さんと話し合ってお話を記入してください。

氏 名 男・女

学年	小・2	小・4	小・6	中・2	中・3
組					
番号					

A. 今までに受けた治療及び年齢

アレルギー性鼻炎	中耳炎	ちくのう	難聴	アデノイド切除	扁桃摘出	その他
歳	歳	歳	歳～	歳	歳	病名： 歳

B. 現在、かかっている耳・鼻・のどの病気や、特に気になる症状がありましたら記入してください。

学年	小・2	小・4	小・6	中・2	中・3
現在、治療中の病気					
特に気になる症状					

C. 下表の該当することがらに○印をつけてください。なお、○印がある場合は、学校医指示のもと指導用パンフレットを配布することがあります。その場合は、配布されたパンフレットをよくお読みください。

項 目		小学校			中学校	
		2	4	6	2	3
耳	1	いつもテレビの音を大きくしたり、近くに寄って見ている。				
	2	名前を呼んでも返事がなかったり、いつも聞き返す。				
	3	ツーンとしたり、痛くなったり、つまった感じがしたり、耳なりのすることが時々ある。				
	4	耳の聞こえがひどく悪い。				
	5	耳からときどき水やうみがでる。				
鼻	1	いつも黄色や緑色の濃い鼻汁がでている。				
	2	くしゃみが続けてでる。				
	3	いつも鼻がつまっている。				
	4	いつも鼻にかかったような声をだす。				
	5	鼻血がときどきでる。				
	6	もののおいのわからないときがある。				
のど	1	1年に3～4回以上のどが痛くなって38℃以上の熱が出る。				
	2	いびきがうるさいと言われている。				
	3	口をあけていることが多い。				
	4	いつも咳ばらいをされている。				
声	1	いつも声がかすれている。				
特記事項						

Medical Questionnaire on Ear, Nose, and Throat

- This Questionnaire is necessary for the healthcare of the students in daily life and performed instead of seeing the otolaryngologist.
- Guardians should fill out the applicable columns after discussing it with students.

		Name			Male / Female	
Grade	Elementary 2 nd	Elementary 4 th	Elementary 6 th	Junior High 2 nd	Junior High 3 rd	
Class						
Number						

A. Medical History

Allergic nasal inflammation	Tympanitis	Empyema	Hearing impairment	Exclusion of adenoid	Extirpation of tonsil	Others
Age	Age	Age	Age~	Age	Age	Disease: Age

B. Please detail any events related to ear, nose and throat diseases, or any symptoms you are concerned.

Grade	Elementary 2 nd	Elementary 4 th	Elementary 6 th	Junior High 2 nd	Junior High 3 rd
Illness for which you're currently under treatment					
Symptoms specially concerned.					

C. Please mark circles in the applicable columns on the below chart. You might receive an instruction by a school doctor for the symptoms you mark circles. Please read the instruction once you get it.

Items		Elementary			Junior High	
		2 nd	4 th	6 th	2 nd	3 rd
Ears	1	Always turn up the volume when I watch the TV sitting closer to it.				
	2	Don't answer or ask him to repeat when someone calls my name.				
	3	Sometimes feel keen sensation , pain or obstruction in my ears, or have a ringing.				
	4	Severely have difficulty in hearing.				
	5	Sometimes have a discharge such as water or pus from my ears.				
Nose	1	My nose always discharges warm yellow or green snivel .				
	2	Can't stop sneezing once it starts.				
	3	My nose is always stuffed.				
	4	Always speak in a snuffle.				
	5	Sometimes have a nose bleed.				
	6	Occasionally can't smell anything.				
Throat	1	Have sore throat and fever over 38 C three or four times a year.				
	2	Was pointed out that I have a loud snore during sleeping.				
	3	Often keep my mouth opening.				
	4	Was told that I often clear my throat.				
Voice	1	I always have a hoarse voice.				
Remarks:						