

Talatanungan sa Paggamot sa Tainga, Ilong o Lalamunan/ENT Questionnaire/耳鼻咽喉科 問診票

Pangalan ng pasyente/Name of patient /患者氏名		Para sa mga tauhan lamang /For staff only /医療機関記入欄	BT= PR= BP= RR= SPO2=	°C min./min./分 mmHg /mmHg min./min./分 %
Araw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日 (西暦)	taon /Year/年 (Taong gulang/Years old/歳)	buwan /Month/月 Araw /Day/日		
Taas/Timbang/Height/Weight/身長・体重	cm/cm	kg/kg	kasarian/Sex/性別	<input type="checkbox"/> Lalaki/Male/男性 <input type="checkbox"/> Babae/Female/女性
Mga allergy/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> (mga) pagkain/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Gamot/Medicine/薬:			

Anong bahagi ang gusto mong suriin?/What part do you want to have examined?

/今日は何の部位を診察ご希望ですか。

- Mga tainga/Ears/耳 → Kanan/Right/右 Kaliwa/Left/左 pareho/Both/両方
 ilong/Nose/鼻 → Kanan/Right/右 Kaliwa/Left/左 pareho/Both/両方
 lalamunan/Throat/のど

Kung nilagyan mo ng check ang "Tainga", ano ang sintomas? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)/If you checked "Ear", what is the symptom? (Check all that apply.)

/「耳」を☑された方はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- Tumutunog sa tenga
/Ringing in the ear
/耳鳴り Sakit sa tenga
/Earache/耳が痛い Hirap sa pandinig
/Difficulty hearing
/難聴 May lumalabas ng tainga
/Ear discharge
/耳だれ Pakiramdam na may nakabara sa tenga
/Clogged ear feeling/耳閉感

- Pagkahilo
/Dizziness/めまい May bagay sa loob ng tainga
/Foreign body in the ear
/耳に物が入った *Isulat ang pangalan ng bagay sa loob ng iyong tainga:
/Write the name of the foreign object in your ear:
/耳に入ったものを書いてください:

- Pinayuhan ako ng ibang clinic/hospital (o sa regular check-up) na pumunta dito/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)

- Iba pa/Other(s)
/その他:

Kung nilagyan mo ng check ang "Ilong," ano ang sintomas? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)/If you checked "Nose," what is the symptom? (Check all that apply.) /「鼻」に☑された方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- Pagdurugo ng Ilong
/Nosebleed/鼻血 Tumutulong sipon
/Runny nose/鼻水 Hirap sa pag-amoy
/Difficulty smelling
/においがわからない Pagsisikip ng ilong/Nasal
congestion
/鼻づまり Pagbahing/Sneezing
/くしゃみ Paghihilik
/Snoring/いびき

- Matapang na amoy
/Strong smell/異臭 May nakabara sa ilong
/Something is stuck in the nose
/鼻に物が入った *Isulat ang pangalan ng bagay sa loob ng iyong ilong:
/Write the name of the foreign object in your nose:
/鼻に入ったものを書いてください

- Ako ay pinayuhan ng isa pang klinika/ospital (o sa isang regular na check-up) na pumunta dito
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)

- Allergy sa pollen
/Pollen allergy/花粉症 Iba pa/Other(s)
/その他:

Kung nilagyan mo ng check ang "Lalamunan," ano ang sintomas? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)/If you checked "Throat," what is the symptom? (Check all that apply.)

/「のど」に☑された方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- ulser sa bibig /Oral ulcer
/口内炎 Dumudugo mula sa lalamunan
/Bleeding from the throat
/喉から血が出る Hirap lumunok
/Difficulty swallowing
/飲み込みにくい Paos na boses/Hoarse voice
/声がかれる Sakit ng dila
/Tongue pain
/舌が痛い Sakit sa lalamunan
/Sore throat
/のどが痛い

- Pamamaga ng mukha o leeg
/Swelling of the face or neck/
顔・首の腫れ Problema sa panlasa
/Taste disorder
/味覚異常 Ubo/Cough/咳 plema (mucus)
/Phlegm (mucus)/痰

- May nakabara sa lalamunan
/Something is stuck in the throat
/喉に物が引っかかっている *Isulat ang pangalan ng bagay sa iyong lalamunan:
/Write the name of the foreign object in your throat:
/喉に引っかかっているものを書いてください

- Parang may nakabara sa lalamunan ko
/Feeling like something is stuck in my throat/
喉に物が詰まった感じ Pinayuhan ako ng ibang clinic/hospital (o sa regular check-up) na pumunta dito./I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)

- Iba pa/Other(s)
/その他:

Kailan nagsimula ang sintomas?/When did the symptom start?

/上記症状はいつからありますか。

Taon Buwan Araw Mula sa /From about _____ : _____ am/am/pm/pm
/Year /Month /Day 午前・午後 時 分ごろから

Kailan nangyayari ang sintomas?/When does the symptom occur?

/症状はどのような時に現れますか。

- Umaga
/Morning/朝 Araw
/Daytime/昼 Gabi
/Evening/夕方 Habang nasa kama/While in bed
/就寝中 Pag gising
/When waking up
/起床時 Hindi regular
/Irregular/不定期

- Iba pa/Other(s)
/その他:

Ano ang sintomas?/What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- pare-pareho/Constant/絶え間なく、続いている Ang sintomas ay unti-unting lumalala./The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている
 Dumarating at nawawala ang sintomas./The symptom comes and goes.
/症状が出たり消えたりしている Iba pa/Other(s)
/その他:

Kasalukuyan ka bang umiinom ng anumang gamot, kabilang ang bitamina at nutritional supplement?/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい

*Ipakita sa amin ang iyong talaan ng gamot o gamot (notebook)../Show us your medication or medication record (notebook). /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Pangalan ng mga gamot /Name of medications/お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication/飲み方・使い方		Pangalan ng mga gamot /Name of medications/お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication/飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Ikaw ba ay nasa ilalim ng o sumailalim sa pangangalaga ng isang doktor?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", piliin ang kondisyon mula sa listahan, at isulat ang pangalan ng ospital kung saan ka tumanggap ng paggamot./If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment. /「はい」に回答した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Pangalan ng sakit (Isulat ang numero mula sa sumusunod na listahan)/Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Pag-unlad ng paggamot/Treatment progress /治療経過	Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	

<Listahan ng mga sakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistema ng sakit /System of disease/疾患の系統	Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名
① Sakit sa pagtunaw /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer/Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis/Hepatitis /肝炎 c. Hepatic cirrhosis /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Iba pa/Other(s) /その他:
② Sakit sa sistema ng sirkulasyon /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Alta-presyon /Hypertension/高血圧 b. Angina pectoris /Atake sa puso /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Arrhythmia/Arrhythmia /不整脈 d. Heart failure /Heart failure/心不全 e. Iba pa/Other(s) /その他:
③ Sakit sa paghinga /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Hika/Asthma/喘息 b. Chronic obstructive pulmonary disease /Chronic obstructive pulmonary disease/慢性閉塞性肺疾患 c. Pulmonya/Pneumonia /肺炎 d. Tuberculosis sa baga/Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Iba pa/Other(s) /その他:
④ Sakit sa bato at urolohiya/Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Talamak na pagkabigo sa bato /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. /Renal/urinary stone /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Impeksyon sa daluyan ng ihi /Urinary tract infection /尿路感染症 d. Iba pa/Other(s) /その他:
⑤ Sakit sa utak at nervous system/Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction/Cerebral infarction /脳梗塞 b. Pagdurugo ng tserebral/Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsy/Epilepsy /てんかん d. Iba pa/Other(s) /その他:
⑥ Endocrine o metabolic disease/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hyperlipidemia /Hyperlipidemia /高脂血症 c. Malfunshon ng thyroid gland /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hyperuricemia /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Iba pa/Other(s) /その他:
⑦ Sakit sa buto o kalamnan/Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. /Rheumatoid arthritis /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis/Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. Herniated intervertebral discs /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Gout/Gout/痛風 f. Iba pa/Other(s) /その他:
⑧ Sakit sa Obstetrics at ginekolohiya/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dysmenorrhea /Dysmenorrhea /月経困難症 c. Pagkabaog /Infertility/不妊症 d. Iba pa/Other(s) /その他:
⑨ Sakit sa mata /Eye disease /眼の疾患	a. Katarata/Cataract /白内障 b. Glaucoma/Glaucoma /緑内障 c. Retinopathy /Retinopathy/網膜症 d. Iba pa/Other(s) /その他:
⑩ Malignant tumor /Malignant tumor/悪性腫瘍	a. Kanser sa tiyan /Stomach cancer /胃がん b. Kanser sa bituka /Colon cancer /大腸がん c. Kanser sa atay/gallbladder/pancreatic /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Cancer sa suso/Breast cancer/乳がん e. Kanser sa matris /Uterine cancer /子宮がん f. Kanser sa baga /Lung cancer/肺癌 g. Iba pa/Other(s) /その他:
⑪ Sakit sa utak /Mental disease/精神の疾患	a. Depresyon/Depression /うつ病 b. Schizophrenia /Schizophrenia /統合失調症 c. Iba pa/Other(s) /その他:
⑫ Sakit sa tainga, ilong, at lalamunan /ENT disease/耳鼻科の疾患	a. May kapansanan sa pandinig/Impaired hearing /難聴 b. Pagkahilo/Dizziness /めまい c. Ingay sa tainga /Ear noise/耳鳴 d. Allergy sa pollen /Pollen allergy/花粉症 e. Iba pa/Other(s) /その他:
⑬ Sakit sa dugo /Blood disease/血液の疾患	a. Anemia/Anemia/貧血 b. Leukemia/Leukemia /白血病 c. Iba pa/Other(s) /その他:
⑭ Sakit sa balat /Skin disease/皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Alipunga (athlete's foot) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Iba pa/Other(s) /その他:

Naoperahan ka na ba?/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

 Hindi/No
/いいえ Oo/Yes
/はい**Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", isulat ang kasaysayan ng iyong operasyon.****/If you checked "Yes", write the history of your surgery.**

/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名	Pangalan ng iyong operasyon /Name of your surgery/手術名	Kailan ka naoperahan /When you had the surgery /手術をした時期	Ospital kung saan ka inoperahan /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

***Kung hindi ka sigurado tungkol sa eksaktong petsa ng operasyon, isulat ang taon o edad.**

/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Regular ka bang naninigarilyo?/Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

 Hindi/No
/いいえ Oo/Yes
/はい Dating naninigarilyo/Used to smoke
/以前吸っていた

Pagkonsumo ng sigarilyo /Cigarette consumption/喫煙量	Tagal ng paninigarilyo/Duration of smoking /喫煙期間	Taon kung kailan ka tumigil sa paninigarilyo /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____sigarilyo/Araw /cigarettes/Day /本/日	_____taon/Year/年	_____taon/Year/年 _____buwan/Month/月

***Kung mayroon ka pa ring ugali sa paninigarilyo, iwang blangko ang tanong tungkol sa taon na huminto ka sa paninigarilyo.**

/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.

/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Regular ka bang umiinom?/Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

 Hindi/No
/いいえ Oo/Yes
/はい Dating regular na umiinom/Used to drink regularly
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/Beer/ビール _____ml/Araw/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/Whisky/ウイスキー _____ml/Araw/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake /Japanese sake/日本酒 _____ml/Araw/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> alak/Wine/ワイン _____ml/Araw/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s) /その他: _____ml/Araw/ml/Day/日	

Kung babae, sagutin ang mga tanong sa ibaba. Buntis ka ba, o posibleng buntis ka?

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

 Hindi/No
/いいえ Oo/Yes
/はい Hindi alam/Do not know/わからない**nagpapasuso ka ba?/Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

 Hindi/No
/いいえ Oo/Yes
/はい**Kung mayroon kang espesyal na kahilingan tungkol sa konsultasyon, lagyan ng check ang kahon./If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Gusto kong malaman nang maaga ang aking tinantyang gastos sa pagpapagamot.
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Gusto kong magkaroon ng interpreter kung may available na serbisyo ng interpreter.
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Iba pa/Other(s)/その他: