

ENT Questionnaire/استبيان حول طب الأنف والأذن والحنجرة/耳鼻喉科 問診票

اسم المريض /Name of patient /患者氏名					
تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日（西暦）		يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年 (عاماً/Years old/歳)		للموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄	
الطول/الوزن/Height/Weight/身長・体重		سم/cm كجم/kg		الجنس/Sex/性別	
الحساسية /Allergies /アレルギーの有無		الطعام (الأطعمة): Food(s)/食べ物:		نوع الجنس: Male/男性 Female/女性	
		الدواء/Medicine/薬:			

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد جميع ما ينطبق).
/What part do you want to have examined?
/今日はどの部位を診察ご希望ですか。

☐	كلاهما/Both/両方	☐	يسار/Left/左	☐	يمين/Right/右	➡	☐	الأذن/Ears/耳
☐	كلاهما/Both/両方	☐	يسار/Left/左	☐	يمين/Right/右	➡	☐	الأنف/Nose/鼻
							☐	الحلق/Throat/のど

إذا اخترت "الأذن"، فما هو العرض؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)
/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。）

	☐ الشعور بانسداد الأذن /Clogged ear feeling 耳閉感	☐ إفرازات من الأذن /Ear discharge 耳だれ	☐ صعوبة في السمع /Difficulty hearing 難聴	☐ ألم في الأذن /Earache 耳が痛い	☐ طنين في الأذن /Ringing in the ear 耳鳴り
	☐	اكتب اسم الجسم الغريب الموجود في أذنك* /*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 :			☐
				جسم غريب في الأذن /Foreign body in the ear 耳に物が入った	☐ دوخة/Dizziness/めまい
☐	أنا نُصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا /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)				
					☐ أخرى/Other(s)/その他 :

إذا اخترت "الأنف"، فما هو العرض؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)
/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。）

☐	شحير/Snoring/いびき	☐	عطس/Sneezing/くしゃみ	☐	احتقان الأنف/Nasal congestion/鼻づまり	☐	صعوبة في الشم/Difficulty smelling/においがわからない	☐	سيلان الأنف/Runny nose/鼻水	☐	نزيف الأنف/Nosebleed/鼻血
		☐					وجود شيء عالق في الأنف/Something is stuck in the nose/鼻に物が入った	☐	رائحة كريهة/Strong smell/異臭		
☐	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） (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا أنكتب اسم الجسم الغريب الموجود في أنفك/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										
						☐	أخرى/Other(s)/その他 :	☐	حساسية حبوب اللقاح/Pollen allergy/花粉症		

إذا اخترت "الحلق"، فما هو العرض؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)
 /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。）

☐	التهاب الحلق /Sore throat /のどが痛い	☐	آلم في اللسان /Tongue pain /舌が痛い	☐	صوت مبحوح /Hoarse voice /声がかる	☐	صعوبة في البلع /Difficulty swallowing /飲み込みにくい	☐	نزيف من الحلق /Bleeding from the throat /喉から血が出る	☐	قرحة الفم /Oral ulcer/内炎
		☐	Phlegm (mucus)/痰 يلغم (مخاط)	☐	Cough/咳 سعال		اضطراب في حاسة التذوق /Taste disorder /味覚異常	☐	تورم الوجه أو الرقبة /Swelling of the face or neck /顔・首の腫れ		
		☐					يكتب اسم الجسم الغريب في حلقك* /*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		وجود شيء عالٍ في الحلق /Something is stuck in the throat /喉に物が引っかかっている		
		☐					نصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا /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)	☐	شعور بوجود شيء عالٍ في الحلق /Feeling like something is stuck in my throat /喉に物が詰まった感じ	☐	أخرى/Other(s)/その他 :

متى بدأ ظهور الأعراض؟
 / When did the symptom start?
 /上記症状はいつからありますか。

_____ : _____
 _____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月 _____ يوم/Day/日
 分ごろから 時 午前・午後

متى تظهر الأعراض؟
/When does the symptom occur?
/症状はどのような時に現れますか。

☐ Irregular/غير منتظم ☐ عند الاستيقاظ /When waking up
☐ 不定期 ☐ /起床時

☐ أثناء النوم ☐ مساءً/Evening/夕方 ☐ Daytime/نهارًا/昼 ☐ Morning/صباحًا/朝

☐ /就寝中 ☐ /While in bed ☐ /Other(s)/أخرى/その他 :

كيف يبدو العرض؟
/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

☐ تتفاقم الأعراض تدريجيًا /The symptom is gradually worsening./ 徐々にひどくなっている	☐ مستمر/Constant/絶え間なく、続いている يظهر الأعراض وتختفي /The symptom comes and goes. /症状が出たり消えたりしている
☐ أخرى /Other(s)/その他 :	☐

هل تتناول حاليًا أي أدوية، بما في ذلك الفيتامينات والمكملات الغذائية؟

/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ます。

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ
/Show us your medication or a medicine pocketbook./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。

اسم الأدوية /How to take or use your medication /飲み方・使い方	كيفية تناول أو استخدام الدواء /Name of medications /お薬の名前		اسم الأدوية /How to take or use your medication /飲み方・使い方	كيفية تناول أو استخدام الدواء /Name of medications /お薬の名前
		④		
		⑤		
		⑥		

هل تخضع أو خضعت، لرعاية طبيب في الماضي؟

/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？

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ
إذا كنت إيجابتك "نعم"، فاختر الحالة من القائمة، واكتب اسم المستشفى الذي تلقيت فيه العلاج.
/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。

اسم المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名
	□ تم التعافي/Recovered/ 治療 □ Withdrawal of treatment/ 治療中断 □ لم يخضع للعلاج/Untreated/ 未治療 □ خاضع للعلاج/Under treatment/ 現在治療中	
	□ تم التعافي/Recovered/ 治療 □ Withdrawal of treatment/ 治療中断 □ لم يخضع للعلاج/Untreated/ 未治療 □ خاضع للعلاج/Under treatment/ 現在治療中	
	□ تم التعافي/Recovered/ 治療 □ Withdrawal of treatment/ 治療中断 □ لم يخضع للعلاج/Untreated/ 未治療 □ خاضع للعلاج/Under treatment/ 現在治療中	
	□ تم التعافي/Recovered/ 治療 □ Withdrawal of treatment/ 治療中断 □ لم يخضع للعلاج/Untreated/ 未治療 □ خاضع للعلاج/Under treatment/ 現在治療中	

<List of diseases/疾患リスト/قائمة الأمراض>

تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名
① أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患	أ. قرحة هضمية /Peptic ulcer /消化器潰瘍 ب. التهاب الكبد Hepatitis/ 肝炎 ج. تليف الكبد Hepatic cirrhosis/ 肝硬化 Others/その他.د. آخر
② أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	أ. ارتفاع ضغط الدم /Hypertension /高血圧 ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب Angina pectoris/myocardial infarction ج. اضطراب ضربات القلب Arrhythmia / 不整脈 د. قصور القلب Heart failure / 心不全 هـ. أخرى Others /その他
③ أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	أ. الربو Asthma/ 喘息 ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 ج. التهابات الرئوي Pneumonia / 肺炎 د. السل الرئوي Pulmonary tuberculosis /肺結核 هـ. أخرى Others /その他
④ أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	أ. الفشل الكلوي المزمن Chronic renal failure /慢性腎不全 ب. حصوات الكلى/البول Renal/urinary stone /腎・尿管結石 ج. التهاب المسالك البولية Urinary tract infection /尿路感染症 Others/その他.د. أخرى
⑤ أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	أ. احتشاء دماغي Cerebral infarction /脳梗塞 ب. نزيف دماغي Cerebral hemorrhage /脳出血 ج. الصرع Epilepsy /てんかん Others/その他.د. أخرى
⑥ أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	أ. داء السكري Diabetes mellitus /糖尿病 ب. فرط شحميات الدم Hyperlipidemia /高脂血症 ج. قصور الغدة الدرقية Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 د. فرط حمض يوريك الدم Hyperuricemia /高尿酸血症 هـ. أخرى Others /その他
⑦ أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	أ. التهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid arthritis /関節リウマチ ب. هشاشة العظام Osteoporosis /骨粗鬆症 ج. التهاب عظمي مفصلي Osteoarthritis /変形性膝関節症 د. انزلاق غضروفي بين الفقرات Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア Gout/ 痛風.هـ. النقرس
⑧ أمراض النساء والتوليد /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	أ. الأورام الليفية الرحمية Uterine fibroids /子宮筋腫 ب. عسر الطمث Dysmenorrhea /月経困難症 Others/その他.د. أخرى
⑨ أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	أ. إعتام عدسة العين Cataract /白内障 ب. الجلوكوما Glaucoma /緑内障 ج. اعتلال الشبكية Retinopathy/ 網膜症 Others/その他.د. أخرى
⑩ الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍	أ. سرطان المعدة Stomach cancer /胃がん ب. سرطان القولون Colon cancer /大腸がん ج. سرطان الكبد المرارة/البنكرياس/ Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん د. سرطان الثدي Breast cancer /乳がん هـ. سرطان الرحم Uterine cancer /子宮がん
⑪ الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	أ. الاكتئاب Depression/ うつ病 ب. انفصام الشخصية Schizophrenia /統合失調症 Others/その他.ج. أخرى
⑫ أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	أ. ضعف السمع Impaired hearing /難聴 ب. دوخة Dizziness/ めまい ج. طنين الأذن Ear noise/ 耳鳴 د. حساسية حبيب اللقاح Pollen allergy /花粉症 Others/その他.هـ. أخرى
⑬ أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	أ. فقر الدم Anemia/ 貧血 ب. سرطان الدم Leukemia/ 白血病 Others/その他.ج. أخرى
⑭ أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي ثلثي Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 ب. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫） Others/その他.ج. أخرى

هل خضعت لجراحة من قبل؟
/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكُتب تاريخ الجراحة التي أجريتها
/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。

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

المستشفى الذي أجريت فيه الجراحة /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	تاريخ إجراء الجراحة /When you had the surgery /手術をした時期	اسم جراحتك /Name of your surgery /手術名	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名

إذا لم تكن متأكدًا من تاريخ الجراحة الدقيق، فاكُتب السنة أو العمر※
/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。

هل تدخن بانتظام؟
/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか？

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

☐ كنت أدخن سابقًا/Used to smoke/以前吸っていた

سنة الإقلاع عن التدخين /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年	مدة التدخين /Duration of smoking/喫煙期間	سنة الإقلاع عن التدخين /Cigarette consumption/喫煙量
_____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月	_____ سنة/Year/年	_____ سجارات/اليوم/cigarettes/Day本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أوقعت فيها عن التدخين فارغًا*

/*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。

هل تشرب الكحول بانتظام؟
/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか？

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

☐ كنتُ شربتُ معتادًا على الشرب بانتظام/Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

☐ _____ مل/ml / يوم/Day/日 Whisky/ويسكي	☐ _____ مل/ml / يوم/Day/日 Beer/بيرة
☐ _____ مل/ml / يوم/Day/日 Wine/وين	☐ _____ مل/ml / يوم/Day/日 Japanese sake/ساكي ياباني
	☐ _____ مل/ml / يوم/Day/日 Other(s)/أخرى/その他

إذا كنتِ أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنتِ حامل، أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟
/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？

☐ لا/Do not know/わからない

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

هل تُرضعين طفلك رضاعة طبيعية؟
/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか？

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيُرجى وضع علامة في المربع
/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。

☐ I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /أرغب في معرفة تكاليفي الطبية المُقدَّرة مُسبقًا /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

☐ I want to have an interpreter if an interpreter service is available./أريد مترجمًا فورًا إذا كانت خدمة الترجمة متوفرة /通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

☐ Other(s)/أخرى/その他 :