

問 診 表

氏名_____性別 男 女 生年月日 M・T・S・H ___年___月___日 満___歳
学校・職場_____紹介者：screening 検査・担任・同僚・医師・本人・その他
検者_____検査日 _____年___月___日

.現病歴

本人の主訴

周囲の主訴

慢性・急性 (発病からの期間)
発症の契機

声の変動

.既往歴

疾病・アレルギー ()
事故 ()
手術・麻酔 ()
薬の服用 ()
変声障害 無・有 ()
家族の音声障害 無・有 ()
過去の音声治療 無・有 (担当者 内容)
婦人科既往・生理の状態 ()

.生活歴

職業 ()
一日の声の使用時間___時間___分程度
声のリスク スポーツ・詩吟・民謡・カラオケ・読経
喫煙歴___年 一日の本数___本

.治療への希望

来院の目的

治療への要望