

B スポット療法（上咽頭擦過療法、EAT）問診票

名前 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 以下の症状について、症状の度合いを 0～5 点の間で記入してください。

- | | |
|---|----------------------------|
| 0 | 全く症状を感じない |
| 1 | 症状を感じる時もあるが、ほとんど気にならない |
| 2 | 少し気になる症状がある |
| 3 | 常に気になる症状がある |
| 4 | 常にとっても気になる症状があるが、なんとか我慢できる |
| 5 | 常にとっても気になる症状があり、我慢できない程つらい |

点数記入欄

		点数記入欄
1	鼻がのどに流れてくる（後鼻漏）、鼻が出やすい	
2	鼻の奥に異常感がある、鼻がつまる、いびきをかく	
3	頭痛、鼻の奥が痛い、鼻の中や頬が痛い、のどが痛い、口の中や舌が痛い	
4	声がかすれる、声がうまく出ない、飲み込みづらい	
5	咳が出る、のどの異常感、たんが出る、息が苦しい	
6	耳がつまる、自分の声が響く、耳鳴りがする、聞こえが悪い	
7	めまいがする、立ちくらみがする、ふらふらする	
8	疲れやすい、疲れが取れない、体がだるい、気分が落ち込みやすい	
9	よく眠れない、日中眠い、朝起きられない、頭がぼーっとする	
10	お腹の調子がよくない、便秘や下痢をしやすい、胃もたれがする、胃酸が逆流する	

合計 _____ 点

2. 以下の病気に罹ったことがある場合、あるいは現在治療中の病気がある場合は○で囲んでください。

IgA 腎症状 ネフローゼ症候群 関節リュウマチ 関節炎 胸肋鎖骨過形成
掌蹠膿疱症 慢性湿疹 アトピー性皮膚炎 炎症性腸疾患 過敏性腸疾患
睡眠障害 睡眠時無呼吸症候群 慢性疲労症候群 線維筋痛症 うつ病
その他（ _____ ）

※スタッフ記入欄（記入不要） ID _____ （ _____ 回）

当院で B スポット療法（上咽頭擦過療法、EAT）を希望される患者さんへ

名前 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今までに B スポット療法による治療を受けたことがありますか？

ありません、今回がはじめてです。

あります → 以下の質問にお答えください。

①治療を受けた病院名を○で囲んでください。

杉田耳鼻科 田井耳鼻科 もぎたて耳鼻科 相田歯科耳鼻科クリニック

慶友銀座クリニック 東京ボイスクリニック品川 その他 (_____)

②どのようにして B スポット療法を行いましたか？

鼻から行った のどから行った 鼻とのどの両方から行った 内視鏡で行った

③何回くらい B スポット療法を行いましたか？ → 約 _____ 回くらい

④最後に B スポット療法を行った時期はいつ頃ですか？

_____ 月 _____ 日頃 半年前 一年前 一年以上前 _____ 年前

2. B スポット療法を何で知りましたか？

家族や知人 書籍 インターネット 医師の紹介 (医師名 _____)

その他 (_____)

3. B スポット療法が初めての患者さんへ質問します。

以下の事項について、いずれかを○で囲んでください。

1 B スポット療法はとても痛みを伴う。治療後もしばらく痛みが続くことがある。

→ 知っていた 知らなかった

2 B スポット療法はとても出血を伴う。治療後もしばらく出血が続くことがある。

→ 知っていた 知らなかった

3 B スポット療法で、一時的にはあるが現在の症状が悪化する場合もある。

→ 知っていた 知らなかった

4 B スポット療法は一度の治療で終わるものではない。

週 1~2 回の通院治療、場合によっては 3~6 ヶ月以上の通院が必要な場合もある。

→ 知っていた 知らなかった

4. その他、B スポット療法への希望がありましたらお聞かせください。

痛いのはとにかく嫌だ 治療であれば多少の痛みは我慢する

痛くてもよいので、とにかく症状を改善してほしい 薬はあまり飲みたくない

その他 (_____)