

B スポット療法（上咽頭擦過療法、EAT）基本問診票

名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 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○をつけてください。

慢性上咽頭炎 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 逆流性食道炎 炎症性腸疾患 過敏性腸疾患
睡眠時無呼吸症候群 睡眠障害 慢性疲労症候群 線維筋痛症 うつ病 自律神経失調症
その他（ _____ ）

2. 今までに B スポット療法を受けた経験がありますか？

経験はありません

経験があります → 杉田耳鼻科 田井耳鼻科 東京ボイスクリニック品川 もぎたて耳鼻科 はぎの耳鼻科
大野耳鼻科 慶友銀座クリニック その他（ _____ ）

3. B スポット療法を受けたことがある患者さんは記入してください。

1. 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 鼻とどとの両方から行った 内視鏡で行った

2. 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 それ以上前

4. 当院の B スポット療法を何で知りましたか？

家族や知人の紹介 書籍 インターネット _____ 先生からの紹介

その他（ _____ ）

5. B スポット療法はとても痛みを伴う治療で、治療後もしばらく痛みが続くことを知っていますか？

知っていた 知らなかった

6. B スポット療法はとても出血を伴う治療で、治療後もしばらく出血が続くことを知っていますか？

知っていた 知らなかった

7. B スポット療法を行うことで、一時的に現在の症状が悪化する場合もあることを知っていますか？

知っていた 知らなかった

8. B スポット療法は一回で症状を治す治療ではありません。

週 1~2 回の通院治療を行い、3~6 ヶ月以上の通院が必要な場合もあることを知っていますか？

知っていた 知らなかった

9. B スポット療法を受けるにあたり、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 痛くても我慢するので、何とか症状を改善してほしい

薬はあまり飲みたくない 薬なしの治療を希望する 頻回に通院することは難しい

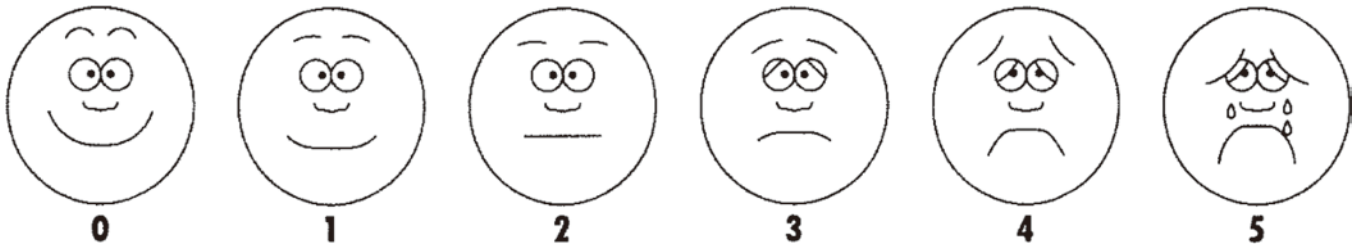
その他（ _____ ）

B スポット療法（上咽頭擦過療法、EAT）経過問診票

名前 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 当てはまる症状には○を、一番強い症状には◎をつけてください。
また現在の症状の度合いを 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 | 常にととても気になる症状があるが、なんとか我慢できる |
| 5 | 常にとと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

1	鼻がのどに流れてくる（後鼻漏）、鼻が出る（鼻漏）	
2	鼻の奥（上咽頭）の痛み・異常感、顔・鼻の痛み、頭痛、首こり、肩こり	
3	くしゃみが出る、鼻がむずむずする、アレルギー症状、鼻がつまる	
4	いびきをかく、よく眠れない、日中眠い、居眠りをよくする	
5	耳がつまる、聞こえが悪い、自分の声が響く、耳鳴り	
6	めまい、ふらふらする感じ、立ちくらみ、揺れる感じ	
7	声がかすれる（嗄声）、声がうまく出ない、うまく喋れない、うまく歌えない	
8	咳が出る、痰が出る、息苦しい、飲み込みづらい、のどの痛み、のどの異常感	
9	胃酸が逆流する、胸やけ、胃もたれ、便秘や下痢をしやすい、お腹の不調	
10	疲れやすい、体がだるい、疲れが取れない、体が痛い、気分が落ち込みやすい	

1～10 の合計点数を記入してください。→ 合計 _____ 点