

# 臨床調査個人票

(突発性難聴)

氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日																																																																																																																																																																																				
発病年月		年	月	初診年月日		年	月	日																																																																																																																																																																																				
初診時所見																																																																																																																																																																																												
I. 主症状 (右耳・左耳)				II. 副症状																																																																																																																																																																																								
突然の難聴		有	無	耳鳴り		有	無																																																																																																																																																																																					
感音難聴		有	無	めまい		有	無																																																																																																																																																																																					
聴力の改善, 悪化の 繰り返し		有	無	めまいの繰り返し		有	無																																																																																																																																																																																					
原因		有	無	第Ⅷ脳神経以外の 神経症状		有	無																																																																																																																																																																																					
難聴の程度 (参考)	全聾, 全域障害型, 高音障害型, 低音障害型, その他 ( ) (該当項目に○)																																																																																																																																																																																											
受療状況	入院, 入院と通院, 通院, その他 ( ) (該当項目に○)			気導○×, 骨導 [ ] 聴力レベル (dB)																																																																																																																																																																																								
治療				検査日 年 月																																																																																																																																																																																								
経過	治癒, 軽快, 不変, その他 ( ) (該当項目に○)			<table border="1"> <tr> <td>-20</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>-10</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>130</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="5">125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz</td> </tr> <tr> <td>症状・所見固定日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">医師意見</td> <td colspan="5">                 所属施設の名称 _____                  所属施設の所在地 _____                  (TEL ( ) ) _____                  主治医氏名 _____ 印             </td> </tr> <tr> <td colspan="4">記載年月日: 令和 年 月 日</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>					-20									-10									0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120									130													125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz					症状・所見固定日	年 月 日								医師意見				所属施設の名称 _____ 所属施設の所在地 _____ (TEL ( ) ) _____ 主治医氏名 _____ 印					記載年月日: 令和 年 月 日								
-20																																																																																																																																																																																												
-10																																																																																																																																																																																												
0																																																																																																																																																																																												
10																																																																																																																																																																																												
20																																																																																																																																																																																												
30																																																																																																																																																																																												
40																																																																																																																																																																																												
50																																																																																																																																																																																												
60																																																																																																																																																																																												
70																																																																																																																																																																																												
80																																																																																																																																																																																												
90																																																																																																																																																																																												
100																																																																																																																																																																																												
110																																																																																																																																																																																												
120																																																																																																																																																																																												
130																																																																																																																																																																																												
				125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz																																																																																																																																																																																								
症状・所見固定日	年 月 日																																																																																																																																																																																											
医師意見				所属施設の名称 _____ 所属施設の所在地 _____ (TEL ( ) ) _____ 主治医氏名 _____ 印																																																																																																																																																																																								
記載年月日: 令和 年 月 日																																																																																																																																																																																												