

耳鳴りに関する問診票

氏名（ ） 年齢（ 歳） 性別（男・女） 職業（ ）

記入年月日 令和 年 月 日

◆各質問について、あてはまる番号に○をつけてください◆

	よくある	たまにある	ない
1. 耳鳴りのために、物事に集中できない。	4	2	0
2. 耳鳴りの音が大きくて、人の話が聞き取れない。	4	2	0
3. 耳鳴りに対して、腹が立つ。	4	2	0
4. 耳鳴りのために、混乱してしまう。	4	2	0
5. 耳鳴りのために、絶望的な気持ちになる。	4	2	0
6. 耳鳴りについて、多くの不満を訴えてしまう。	4	2	0
7. 夜眠るときに、耳鳴りが妨げになる。	4	2	0
8. 耳鳴りから、逃れられないかのように感じる。	4	2	0
9. あなたの社会的活動が、耳鳴りにより妨げられている。 (例えば、外食をする・映画を観るなど)	4	2	0
10. 耳鳴りのために、挫折を感じる。	4	2	0
11. 耳鳴りのために、自分がひどい病気であるように感じる。	4	2	0
12. 耳鳴りがあるために、日々の生活を楽しめない。	4	2	0
13. 耳鳴りが、職場や家庭での仕事の妨げになる。	4	2	0
14. 耳鳴りのために、いらいらする。	4	2	0
15. 耳鳴りのために、読書ができない。	4	2	0
16. 耳鳴りのために、気が動転する。	4	2	0
17. 耳鳴りのために、家族や友人との関係にストレスを感じる。	4	2	0
18. 耳鳴りから、意識をそらすのは難しいと感じる。	4	2	0
19. 自分一人で耳鳴りを管理していくのは、難しいと感じる。	4	2	0
20. 耳鳴りのために、疲れを感じる。	4	2	0
21. 耳鳴りのために、落ち込んでしまう。	4	2	0
22. 耳鳴りのために、体のことが心配になる。	4	2	0
23. 耳鳴りと、これ以上付き合っていけないと感じる。	4	2	0
24. ストレスがあると、耳鳴りがひどくなる。	4	2	0
25. 耳鳴りのために、不安な気持ちになる。	4	2	0