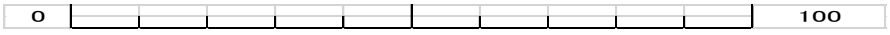
初診 の味覚障害患者さんへの

アンケート

ご氏名　　**ご記入日**　　**年**　**月**　**日**

以下の設問にお答え下さい。

1. 現在の味覚低下は、正常を 100、全く味がしないのを 0 とした場合
   いくつぐらいにあたりますか？　下のラインに〇をつけて下さい。



2. 以下のそれぞれの味覚についてお答え下さい。
   それぞれの味は、正常を 100、全く分からないのを 0 とした場合
   いくつぐらいになりますか？　下のラインに〇をつけて下さい。

3. 口の中に何も入ってないのに味がしますか？　（ はい　いいえ ）
   ⅰ．どんな味がしますか？　（2 つ以上〇をしても構いません）

   甘い　塩辛い　酸っぱい　苦い　渋い　金属の味　その他
   （　　）

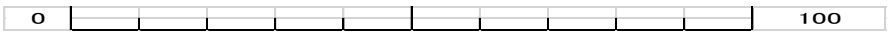
   ⅱ．その程度はどのくらいですか？
   1. ひどくて我慢できない。
   2. 気になるが我慢できる。
   3. ほとんと気にならない。

4. 舌がピリピリと痛みますか？　（ はい　いいえ ）
   その程度はどのくらいですか？
   1. ひどくて我慢できない。
   2. 気になるが我慢できる。

3. ほとんと気にならない。

5. 嗅覚（におい）も悪いですか？　　（ はい　　いいえ ）

現在の嗅覚の低下は、正常を 100、全く臭いがしないを 0 とした
場合、いくつぐらいにあたりますか？　下のラインに〇をつけて下さい。



6. 食事の味はどうですか？

1. おいしい。
2. 普通、特に「おいしい」とも「おいしくない」とも言えない。
3. おいしくない。

その理由に〇をして下さい。　：　味がしないから　　変な味がするから　　食欲が無いから
匂いがないから　　その他（　　）

4. 何を食べてもまずい。

その理由に〇をして下さい。　：　味がしないから　　変な味がするから　　食欲が無いから
匂いがないから　　その他（　　）

7. 食欲はありますか？

1. 普通以上にある。
2. 普通である。
3. やや無い

その理由に〇をして下さい。　：　味がしないから　　変な味がするから　　食欲が無いから
匂いがないから　　その他（　　）

4. 全くない。

その理由に〇をして下さい。　：　味がしないから　　変な味がするから　　食欲が無いから
匂いがないから　　その他（　　）

8. 食事の状態はいかがですか？

1. 三食きちんと食べている。
2. 二食程度とやや不規則だが充分食べている。
3. 不規則で偏食が多く、不十分な食事である。
4. 大変不十分な食事で、極端なダイエットをしているような状態。
5. その他（　　）

受付へご提出ください。

陣内耳鼻咽喉科クリニック　味覚外来