

のどの問診票（新潟大学耳鼻咽喉科）

日本語版 The Glasgow-Edinburgh Throat Scale (GETS-J)

氏名 _____

年 月 日 _____

このアンケートはあなたののどの症状を知るためのものです。
以下の症状がある方はその程度を0から7の8段階のうちどれにあてはまるか
お答えください。

0（何も感じない） ～ 7（耐えられない）

1. のどに何かが詰まっている感じがある
0 1 2 3 4 5 6 7
2. のどに痛みがある
0 1 2 3 4 5 6 7
3. のどに不快感やイガイガした感じがある
0 1 2 3 4 5 6 7
4. ものがのみこみにくい
0 1 2 3 4 5 6 7
5. のどが絞まる
0 1 2 3 4 5 6 7
6. のどが腫れている
0 1 2 3 4 5 6 7
7. 鼻水がのどに落ちる
0 1 2 3 4 5 6 7
8. 飲み込んだときにまだものが残っている
0 1 2 3 4 5 6 7
9. いつも何かを飲み込んでいたい、ゴクンしたい
0 1 2 3 4 5 6 7
10. 食べ物がのどにくっつく
0 1 2 3 4 5 6 7
11. 一日のうちどれくらい、のどのことを考えていますか
0 1 2 3 4 5 6 7
12. のどの症状のことでどれくらい困っていますか
0 1 2 3 4 5 6 7

ご協力ありがとうございました。