

上咽頭治療を希望される方へ

- ・慢性上咽頭炎と診断されたことはありますか？ いいえ・はい（いつ 年 月 日）
- ・上咽頭治療（Bスポット療法・EAT治療）を受けられたことはありますか？
いいえ・はい（いつ 年 月 日）（回数 回）（医院名 医院・病院）
- ・この症状に対して他の耳鼻科を受診したことがありますか？
いいえ・はい（何軒 軒）
- ・上咽頭治療はどのようにして知りましたか？
以前上咽頭治療を受けたことがある・ネットで調べた・知人から聞いた・新聞、雑誌で知った・紹介・その他
（ ）
- ・鼻うがいをしていますか？
いいえ・はい
- ・今まで副鼻腔炎の除外診断（副鼻腔レントゲン・CT・MRI）を受けましたか？
いいえ・はい（いつ 年 月 日）（どこで ）
副鼻腔炎はありましたか？ いいえ・はい
- ・今までアレルギー血液検査は受けられましたか？
いいえ・はい（いつ 年 月 日）（どこで ）
何に反応していましたか？（ ）

お名前
