嗅覚の症状についての所見

（患者　：　　様　　年 月　日生）

1．嗅覚に異常を訴えた時期及び症状の程度についてご教示下さい。

（1）　平成　　年　　月　　日　に訴えがあった。
（2）　イ．脱失　　ロ．減退　　ハ．その他　（　　）

2．嗅覚検査をされている場合、その所見についてご教示下さい。

	最初の検査	2　回　目	直　近　時
検　査　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
検　査　薬 ○で囲んで下さい	アリナミン アリナミンF	アリナミン アリナミンF	アリナミン アリナミンF
潜伏期間	秒	秒	秒
持続時間	秒	秒	秒
基準嗅力検査	平均検知閾値	平均検知閾値	平均検知閾値
T&T オルファクトグラム	平均認知閾値	平均認知閾値	平均認知閾値

※　オルファクトグラムを施行の場合には、データを添付いただければ幸いです。

3．嗅覚に関する治療期間についてご教示下さい。

年　　月　　日 から　　年　　月　　日 まで

4．副鼻腔炎等の鼻疾患の有無についてご教示下さい。

5．**その他、特記事項**

平成　　年　　月　　日　　医療機関名
住　　所
医師名（診療科目）　　印