

# 味覚症状の所見について

(患者名: \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年 月 日生)

- 味覚障害の訴えを初めて確認された日をご教示ください。  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 濾紙ディスク法による味覚検査結果についてご教示ください。  
(1) 検査日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〔濾紙ディスク法検査試薬の濃度表〕

試薬	味質	濃度番号				
		I	II	III	IV	V
蔗糖 (S)	甘味	0.3%	2.5%	10%	20%	80%
食塩 (N)	塩味	0.3	1.25	5	10	20
酒石酸 (T)	酸味	0.02	0.2	2	4	8
塩酸キネネ (Q)	苦味	0.001	0.02	0.1	0.5	4

(2) 上記試薬 (4 味質) による検査の結果、検知閾値を×印、認知閾値を○印にて下表へご教示下さい。尚、スケールアウトの場合は濃度V欄へS.0と表示願います。

甘味

濃度	鼓索		舌咽		大錐体	
	右	左	右	左	右	左
I						
II						
III						
IV						
V						

塩味

濃度	鼓索		舌咽		大錐体	
	右	左	右	左	右	左
I						
II						
III						
IV						
V						

酸味

濃度	鼓索		舌咽		大錐体	
	右	左	右	左	右	左
I						
II						
III						
IV						
V						

苦味

濃度	鼓索		舌咽		大錐体	
	右	左	右	左	右	左
I						
II						
III						
IV						
V						

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり回答します。

医療機関名

住所

医師名 (診療科)