

めまい問診表

平成 年 月 日

ふりがな				
氏名				
		男・女	職業：	
身長：	cm	体重：	kg	体温 ℃
★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください（複数可）				
* 耳（右・左・両方）・・・きこえにくい・つまった感じ・ひびく感じ・水が入った感じ 耳鳴・耳だれ・かゆみ・痛み・耳あか				
* めまい（ふわふわ・ぐるぐる・その他）がする めまいとともに（頭痛・しびれ・話しづらい・肩こり・首こり）の症状がある				
※その症状はいつからですか？ _____日前から _____週間前から _____ヶ月前から _____年前から				
★以下の質問にお答えください				
* 飲酒しますか（いいえ・はい 1日_____合 喫煙されますか（いいえ・はい 1日___本___年間）				
* 他院で治療を受けている、またはお薬を飲まれていますか。（いいえ・はい） 病院のお名前： _____ お薬のお名前： _____				
* 今までにかかったことのある病気を教えてください。 糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・心臓病・結核・眼圧が高い・緑内障 血がとまりにくい病気・悪性腫瘍・前立腺肥大・その他（_____）				
* 薬・注射のアレルギーはございますか？ いいえ・はい お薬のお名前：（_____）				
* 食物でアレルギーはございますか？ いいえ・はい 食物のお名前：（_____）				
* 車・バイク・自転車の運転をされますか？ いいえ・はい				
★女性の方はお答えください 現在妊娠中または授乳中ですか。（いいえ・はい _____ヶ月・可能性あり・授乳中_お子様のご年齢 _____歳）				
※備考欄(症状の始まりから現在までの経過・記録などご自由にご記入ください。スペースがたりない場合は裏面にご記入して頂いて構いません)				

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック