

# めまい問診表

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男・女	職業:
※身長: cm 体重: kg	※記載をお願い致します
※妊娠中(ヶ月)・授乳中(お子様ヶ月)・可能性がある・いいえ	
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	
住所 〒 -	※受診された事があり住所変更がない場合は記入不要です
携帯番号 ( )	電話番号 ( )
★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)	
*めまい: ふわふわ ・ ぐるぐる ・ その他( )	
*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・痛み	
*めまいとともにある症状(あてはまるものに○をおねがいします)	
吐き気 ・ 頭痛(片頭痛・その他)・肩こり ・ 首こり ・ しびれ ・ 話しぶらい	
★今回の症状はいつからですか？ ( )から	★今回のめまいより前にめまい症状がおきた事がありますか？ あり( )前頃 なし
*どういう行動をしている時にめまいがおきますか ( )	
◆めまい診療に関して◆ <u>当クリニックのめまい診療は保険適用外(10割負担自費)になります</u>	
◆お薬に関して◆ <u>お薬の飲み合わせ等確認が必要になりますのでお薬手帳をお持ちの場合は必ず受付へお出してください(アプリをお持ちの方はその旨を受付へお伝えください)</u>	
★以下の質問にお答えください	
*普段運転されますか？(車・バイク・自転車)する・しない	
*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)	
*今までにかかった事がある又は治療中の病気に○をしてください *下記に病名がない場合はその他に記入してください*	
緑内障 ・ 不整脈 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患(バセドウ・橋本病・その他)・喘息 その他( )	
【アレルギーについての質問】	
*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:( )	
*金属アレルギーはございますか？ いいえ ・ はい	

ご協力ありがとうございました。記入が終わりましたら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