

# めまい問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	ID :
男 ・ 女	職業 :
※体重 k g	※妊娠中 ( 月 ) ・ 授乳中 ( お子様 月 ) ・ いいえ
生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日 ( 才 )
住所 〒 -	
電話番号 ( )	携帯番号 ( )

★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（吐き気・頭痛（片頭痛、その他）・しびれ ・ 話しづらい）の症状がある  
（肩こり ・ 首こり）の症状がある

※今回の症状はいつからですか？

( )

※以前、めまいがおきたことがありますか？：あり・なし →あった場合いつですか？ ( )

★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： \_\_\_\_\_

※お薬手帳持参の方は受付にお渡してください

\* 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 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 不整脈（現在あり・以前あった）

血がとまりにくい病気 ・ 悪性腫瘍 ・ 結核 ・ 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： ( )

\* 普段もしくは仕事で運転されますか？ する ・ しない ( 車 ・ バイク ・ 自転車 )

※その他

※当院をどうやってお知りになりましたか？

1. インターネット 2. ホームページ 3. 広告 4. 家族が通っている 5. 知人の紹介  
6. 他院からの紹介 ( ) 7. その他 ( )

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡してください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック