

# めまい問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男 ・ 女 職業 :	
※体重 kg ※身長 cm ※妊娠中 ( ヶ月) ・ 授乳中 (お子様 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある *お薬をお出しするのに関係しますのでご記入をお願い致します	
生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 才)	
住所 〒 -	
電話番号 ( ) 携帯番号 ( )	
<b>★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）</b> *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 ・ 話じづらい ) 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？ ( )	
<b>★以下の質問にお答えください</b> * 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 : _____ <b>※お薬手帳持参の方は受付にお渡してください</b>  * 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 ・ 甲状腺疾患 (バセドウ・橋本病・その他) 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？ ( 車 ・ バイク ・ 自転車 ) する ・ しない	
※その他	
<b>※当院をどうやってお知りになりましたか？</b> 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