

めまい問診表

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男 ・ 女 職業 :	
※体重 kg ※身長 cm ※妊娠中 (月) ・ 授乳中 (お子様 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 ()	
★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 ・ 話じらい) 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	
* 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	
* 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 緑内障 (あり ・ なし) 不整脈 (現在あり ・ 以前あった) 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 甲状腺疾患 (バセドウ・橋本病・その他) 胃潰瘍 ・ 心臓病 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 : ()	
※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ください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック