

めまい問診表

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	職業：
※体重 k g ※身長 c m		
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？ (から)		
★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？ (頃)		
※妊娠中 (ヶ月) ・ 授乳中 (お子様 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある		
※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

★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)
* 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・なし) 高血圧 (あり・なし) 甲状腺疾患 (バセドウ・橋本病・その他) 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： ()
* 金属アレルギーはございますか？ いいえ・はい