

# 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
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
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？

( ) から

★今回の症状の前にめまいがおきた事がありますか？ なし

あり ( ) 前頃

※ 妊娠中 ( ヶ月) ・授乳中 (お子様 ヶ月) ・いいえ・可能性がある

★新型コロナウイルス関連の問診になりますので必ずご記入をお願いいたします！！

・発熱 なし・あり ( 日から 日間 最高体温 ℃)

・味覚・嗅覚の異常 ( あり・なし )

・咳症状 ( あり・なし ) 喉の痛み ( あり・なし )

・人が多く集まる場所や会合などに最近行かれたか ( はい・いいえ )

・新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか ( あり・なし )

※新型コロナウイルスに関する症状や気になる症状 ( )

★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てください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック