

# 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
※妊娠中( 月)・可能性がある・いいえ・授乳中(お子様 月)
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
携帯番号 ( ) 電話番号 ( )
*どのようなめまいですか : ふわふわ ・ ぐるぐる ・ その他( ) 《めまいの症状・経緯等お書きください》 記入例:○月○日 起床時にふわつとしためまい 頭痛があった
※お薬手帳・検査結果等お持ちの場合は受付にお渡してください
★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 ( ) 【アレルギーについての質問】 ◇薬・注射のアレルギー なし ・ あり お薬の名前( ) ◇食物のアレルギー なし ・ あり お薬の名前( ) ◇金属アレルギー なし ・ あり 【新型コロナウイルス関連についての質問】 新型コロナウイルス感染歴: なし ・ あり( 月 日~ 月 日) ワクチンの接種: なし ・ あり(1回目 月 日/2回目 月 日/3回目 月 日)

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