

# 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                          |
| 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：〇月〇日 起床時にふわっとしためまい 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ください

## ★以下の質問にお答えください★

◇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

◇妊娠中 (ヶ月) ・ 可能性がある ・ いいえ ・ 授乳中 (お子様ヶ月)

◇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 食物の名前 ( )

### 【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)

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ください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック