**めまい問診表**　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　　　　　　　職業： |
| 生年月日　　大正　・　昭和　・　平成　・　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　　才） |
| 妊娠中（　　　　ヶ月）　・　可能性がある ・　　いいえ　・ 授乳中（お子様　　　ヶ月） |
| 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　　　　　（　　　　　　） |
| **めまいについて**  **１）どのようなめまいですか　　ふわふわ　　・　　ぐるぐる　　・　その他（　　　　　　　　　）**  **２）めまいは初めてですか　　はい　・　いいえ**  **３）めまいがあったのはいつですか　起床時　・　日中　・　就寝時**  **４）どのような体勢でなりますか　　上下を向く　・　首をふる　・　横になる　・　歩行時**  **５）めまいはどのくらい続きますか　　一瞬　・　数秒　・　数十分　・それ以上**  **めまいに伴う症状について**  **１）耳鳴・つまり・ひびく感じなどありますか　　あり　・　なし**  **２）首こり・肩こりはありますか　　あり　・　なし**  **３）頭痛はありますか　　あり　・　なし　　ありの方→　以前から　・　めまいと同時**  **４）吐き気はありますか　　あり　・　なし**  **５）手のしびれ・麻痺などありますか　　あり　・　なし**   |  | | --- | | **先生への質問などある場合はご記入ください**  **【アレルギーについての質問】**  **♢薬のアレルギー　　　　　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（　　　　　　　　　　　）**  **※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** | |
| **♢今までにかかった事がある又は治療中の病気**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **♢現在服用中のお薬がある場合はご記入ください**※お薬手帳持参の場合は未記入でも大丈夫です  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**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**