

問診表（めまい）

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒				
TEL		体重（小児のみ）	Kg		

当院を受診したきっかけは何でしょうか？

知人の勧め（ さん）・通りがかった・インターネット・電話帳・看板・その他（ ）

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ

ある：高血圧・糖尿病・高脂血症・B型肝炎・C型肝炎・喘息・梅毒・AIDS・その他

今まで、耳鼻科で入院治療や手術を行ったことがありますか？ いいえ

ある：

現在、使用している薬や注射がありますか？ いいえ

ある：

薬や食べ物でアレルギーがありますか？ いいえ

薬の種類（

食べ物の種類（

たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい 一日_____本（_____歳～_____歳）

お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい 一日ビール_____本・日本酒_____合・その他

薬はジェネリックが希望ですか？ いいえ ・ はい

薬の種類はどれがよいですか？ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ

（女性の方のみ）

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

今日はどのような症状で来院されましたか？

いつから：今日・昨日・_____日前・_____週前・_____ヶ月前・_____年前

どんな症状：ぐるぐる回るめまい・ふらふらするめまい

今もずっと続いている（だんだん弱くなった）

一回、数秒間・数分間・数時間のめまいを繰り返している

- ・めまいがしているときに、耳の聞こえが悪くなった（右・左・両）
- ・めまいがしているときに、耳鳴りがした（高い音・低い音）（右・左・両）
- ・めまいがしているときに、耳が詰まった感じがした（右・左・両）

（もともと聞こえが悪い・耳鳴りがしている・耳が詰まっている感じがしているなかで、それらの症状がめまいがしているときにひどくなった）

