

めまい問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊・授

令和 年 月 日

医院用ID番号：

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平	年	月	日	(歳)
-------------	-------	------	-------	---	---	---	------

*めまいが発生した日時をご記入ください。(月 日 時頃)

*どのようなめまいですか？近いものに○をしてください。

- ・ぐるぐる回る感じ
- ・ふらつく感じ
- ・目の前が暗くなる
- ・たちくらみのような感じ
- ・その他()

*めまいの起こるきっかけは何かありましたか？ ない・ある

あるの方 → (当てはまるものに○をしてください)

- ・立ち上がった
- ・頭を動かした
- ・ふりむいた(首を回した)
- ・寝返り
- ・起床や臥床
- ・入浴
- ・その他()

*めまいに伴う症状がありますか？ ない・ある

あるの方 → (当てはまるものに○をしてください)

- ・頭痛・ろれつが回らない
- ・左右の体のどちらかにしびれがある
- ・手足に力が入りにくい
- ・意識を失った
- ・物が二重に見える
- ・耳鳴り
- ・聞こえにくい
- ・耳がふさがった感じがする
- ・嘔気、嘔吐
- ・その他()

*めまいの発作はどれ位の時間持続しますか？一番近いものにご記入ください。

- ・()秒
- ・()分
- ・()時間
- ・()日

*めまいの発作は初めて(単発)ですか？それとも繰り返していますか？

・初回、単発

・繰り返す → どれくらいの頻度ですか？

- ・()回/日
- ・()回/週
- ・()回/月
- ・()回/年

*他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入ください。

()

*薬や食物・麻酔薬等のアレルギーはありますか？

ない ・ ある

ある方のみ → いつ・薬剤・食物・症状など()

*今までにご自身またはご家族がかかったご病気があれば記入してください。

自身：ぜんそく・心臓病・高血圧症・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障

その他()

家族：()が、病名()

*喫煙はしますか？

- ・いいえ
- ・はい(1日 本、年数 年)昔(年前まで、1日 本、年数 年)

*飲酒はしますか？

- ・飲まない
- ・飲む(毎日・週 日・時々)1日あたりの飲酒量：種類、量()

*女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？

- ・いいえ
- ・はい(現在 月、出産予定日： 月 日)

授乳中ですか？

- ・いいえ
- ・はい

*来院可能な曜日に○をつけてお答えください

	月	火	水	木	金	土	
午前 (9:30~12:30)							いつでも可能
午後 (15:00~18:30)							

ご記入いただきました個人情報、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。