

# めまい問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

## 妊・授

医院用ID番号：

令和 年 月 日

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

※新型コロナウイルス感染症の陽性反応が出たことがありますか。 (はい・いいえ)

はいに該当の方 検査した日 月 日 治癒した日 月 日

※今回の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 ・眼の前が暗くなる ・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 ( )

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 力月、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<br>(9:30~12:30)  |   |   |   |   |   |   | いつでも可能 |
| 午後<br>(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。