

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

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
〒	—					
住所			電話番号：			
			携帯番号：			

※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 ・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 あり方のみ-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)

*飲酒はしますか？ ・飲まない ・飲む(毎日・週 日・時々)

*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 (9:30~12:30)							不定期
午後 (15:00~18:30)							いつでも可

※問診票をご記入の間に順番が前後する場合があります。
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。