

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：				

* 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)

* 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 いつでも可
午後 (15:00~18:30)							

**※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。**