奏の杜耳鼻咽喉科クリニック

めまいの問診票

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券をお持ちの方 小学生以下の方

氏名：　　　　　　　　　　　　　　診察券番号：　　　　　　　　　体重　　　　kg

◇ どのようなめまいですか？

　・グルグルまわる　　　・ふわふわする　　　・立ちくらみ

◇ いつ頃からありますか？（いつ頃起こりましたか？）

　　　　時間前、　　　日前、　　　週間前、　　　年前、　　　　不明

●今回のめまいと同時に、耳鳴りや耳のつまり感、聞こえにくさが起こりましたか?

　　　・はい　　　　・いいえ

→はいとお答えの方、具体的な症状をお聞かせ下さい。（　　　　　　　　　　　　　　）

●めまいは、頭を動かすことで起こりやすかったですか？

　　　　・はい　　　　　・いいえ　　　　　　・わからない

“はい”とお答えの方へ、具体的な状況を教えて下さい。

(寝た姿勢から起きあがった時、寝ていて右を向いた時、等)

　　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●めまいの持続時間はどれくらいでしたか？（おおよそで結構です）

　　　　 　　秒、　　　　分、　　 　　時間、　　　　　日、　現在まで継続

●最初のめまいの状態と比べて現在はいかがですか？

　　　　・最初と変わらない　　　・改善傾向にある　　　　・悪化している

●今回のめまいは初めてですか？

　　・初めて（しばらく経験していない）　　　・　　　回目

●あてはまる症状に○をして下さい。

　　・頭痛　　 ・肩こり 　　・上の血圧120mmHg以下→だいたい(　　　　)mmHgくらい

●今回のめまいにより、手足のしびれが起こりましたか？

　　　・はい　　　　・いいえ

●めまいのきっかけになるような出来事はありましたか？

　　　　・なし　　　　　・あり　→　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●ストレスはありますか？　　　・あり　　　・なし

→裏面へ続きます。

●睡眠不足はありますか？　　　・あり　　　・なし

●どのような診療をお望みですか?

　　・十分な検査を希望 　・とりあえず症状を抑えたい　・その他(　　　　　　　　　　　)

◇ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり ※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい

　　月　　日より内服、 　日間処方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

【ここから下は、初診の方・変更がある方のみご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

**なし**　アレルギー性鼻炎　緑内障　前立腺肥大　高血圧　糖尿病　喘息　脳梗塞　脳出血　けいれん　心臓疾患(病名:　　　　　　　　) 心療内科の病気(病名:　　　　　　 　　　　)

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし 　あり （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）

◇ 薬にアレルギーはありますか？

なし 　あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ）

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ）

◇ 女性の方は、妊娠の可能性についてお答えください。

妊娠の可能性 ： なし 　あり ( 妊娠　　　 週 、出産予定日　　　年　 　月　 　日)

授乳　 　　　： なし 　 あり

　　当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

※お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら、問診票入れにお入れ下さいませ。