

めまいの問診票

※「どの医師でも可」ですと待ち時間が少ない医師でご案内します

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ください。
 （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

● 睡眠不足はありますか？

- ・あり
- ・なし

→裏面へ続きます。

● 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

※ご記入ありがとうございました。受付時にお渡し下さいませ。

DL用