

【問診票】

ふりがな		ご住所 〒 _____	
お名前		男女	
大・昭・平・令		携帯電話	
年 月 日生	歳	自宅電話	

【今日はどうされましたか？】

体温（ ）℃

耳	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> 耳掃除希望 耳痛（左・右） 耳が痒い（左・右） 耳だれ（左・右） 聞こえにくい（左・右） 耳鳴り（左・右） 耳がつまる感じ（左・右） 耳の下が腫れている 首が腫れている めまい 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻掃除希望 鼻づまり 鼻水（水様・粘性・黄色・緑色） くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻血（左・右） 匂いがしない アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い のどがかゆい 声がかれる 声を出しにくい 咳 たん のどがつまる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき・睡眠時無呼吸

【いつごろから症状がでましたか？】	本日・（ ）日前・（ ）週間前・（ ）ヶ月前から
【その他の症状があればお書き下さい】	

【他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください】	なし・あり 病院名： _____
高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 高脂血症 肝臓病（ ） 腎臓病（ ） 喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他（ ）	
【現在、服用中の薬はありますか？】	なし・あり
☆投薬中の方はお薬手帳を受付でご提出ください。	〈ありの方〉 薬の名前： _____

【食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください】	なし・あり 〈ありの方〉アレルギー： _____ 合わなかった薬や食べ物の名前と状態 ↳
【女性の方へ】	現在妊娠中ですか？（いいえ・はい ヶ月・不明） 授乳中ですか？（いいえ・はい）

【詳しい処置の明細は必要ですか？】	なし・あり
【ご来院のきっかけについてお尋ねします】	家の近く・会社、学校の近く・看板 新聞雑誌記事・ご家族からの紹介・知人からの紹介 病院からの紹介 病院名（ ） インターネット サイト名（ ）

お名前

あてはまる項目に○をつけてください

1, 「めまい」はどのような感じですか？

- ・天井が回る感じ
- ・景色が流れて動いていく感じ
- ・ふわふわする感じ
- ・吐き気がある
- ・嘔吐した

2, 「めまい」はどれくらいの時間続きましたか？

- ・一瞬か数十秒ぐらい
- ・数十分から数時間、半日ぐらい
- ・一日以上ずっと

3, どんな時にめまいがしますか？

- ・横になるとき ・起き上がるとき ・寝返り ・上下を向くとき
- ・振り向くとき ・立ち上がるとき ・立っているとき ・歩くとき ・常に

4, めまいは今回が初めてですか？

- ・初めて
- ・同じめまいが 日前、 ヶ月前、 年前にあり

5, 「めまい」が起こるときに何か他の症状はありますか？

- ・耳鳴り ・難聴 ・耳のつまり感
- ・ろれつ回らない、話しにくい ・手足のしびれ

6, 日頃の生活で気になることはありますか？

- ・肩こり ・首こり ・頭痛 ・ムチウチ
- ・ストレス ・パソコン、スマホ (1日 時間)

- ・入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる
- ・少し動くと動悸あるいは息切れがする
- ・朝なかなか起きられず、午前中の調子が悪い

- ・顔色が青白い ・食欲不振 ・強い腹痛をときどき訴える ・乗り物酔い