

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

【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