

めまい用問診票

問診にできるだけ詳しく答えていただけるとありがたいです。記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者：本人・家族・当院

患者様のお名前

①めまいは初めてですか？

1.はじめて 2 以前にもある→それはいつですか？ (_____)

②今回めまいを感じたのは いつ、どこで、どんな時ですか？

1. _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時頃

2.場所： _____ 3.何をしていた時？ _____

③めまいが起こるとき、何か誘因はありますか？（複数〇可）

1.なし 2.疲労感 3.睡眠不足 4.動くものを見たとき
5.頭や首を動かしたとき 6.その他 _____

④めまいと同時、または めまいの前後に起きる症状はありますか？

1.難聴：なし・あり（左・右） 6.頭痛：なし・あり
2.耳鳴：なし・あり（左・右） 7.物が2重に見える：なし・あり
3.耳閉感：なし・あり（左・右） 8.手・足のしびれ：なし・あり（左・右）
4.吐気・嘔吐：なし・あり 9.手・足が動かない：なし・あり（左・右）
5.光に過敏になる 10.ろれつが回らない：なし・あり
11.意識消失：なし・あり

⑤めまいは どのような感じですか？

1.回転する 2.ふらふらする 3.浮いた感じ 4.目の前が暗くなる 5.その他 (_____)

⑥めまいは おさまるまでに 1 回起こると 短くてどのくらい続きますか？

瞬間的・10秒以内・数分程度・10分以内・30分-1時間・半日程度・数日間・それ以上

めまいは おさまるまでに 1 回起こると 長くてどのくらい続きますか？

⑦めまいの頻度はどのくらいですか？

・毎日 ・週1回以上 ・月1回以上 ・年1回以上 ・その他 (_____)

⑧脳に病気がありますか？

なし ・あり：(病気の名前： _____)

⑨高血圧がありますか？ ☆なし ・あり

☆ありとお答えの方：血圧の薬を飲んでいますか：はい ・いいえ

☆その血圧は安定していますか：はい ・いいえ

☆血圧はいつもどのくらいですか：上 _____ 下 _____

⑩心臓病がありますか？ ☆なし ・あり

☆ありとお答えの方：病気の名前：心筋梗塞・狭心症・弁膜症など

⑪貧血がありますか？ ☆なし ・あり

⑫いろいろやストレスはありますか？ ない・少しだけ・まあまあ・たくさん

原因：仕事上・家庭内・その他 (_____)

⑬天候により体調がわるくなることはありますか。☆なし・あり (具体的に _____)

⑭何かありましたらお書きください。ご協力ありがとうございました。

当院はオンライン資格確認を導入しております

ふりがな	生年月日		年齢	体重	職業
お名前	年 月 日		才	kg	
住所	〒	TEL	自宅	()	
			携帯	()	
1	どの具合が悪いのですか 耳 鼻 のど 首 口の中 舌 ほほ 上あご 下あご その他 みみ (右・左・両側) (耳の 前 ・後 ・上 ・下) ・耳が痛い ・耳を触ると痛い ・耳だれ ・かゆい ・めまい ・みみあか ・耳鳴り ・聞こえが悪い ・聞こえない ・耳がふさがった感じ ・自分の声が耳にひびく ・その他 はな (右・左・両側) ・鼻水 (透明/白色/黄緑/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・くさいにおい ・鼻血 ・においがにぶい ・においがしない ・いつも口が開いている ・頭痛 (右/左/両方) ・いびき のど (右/左/中央) ・のどが痛い ・のみこむとき痛い ・つかえる感じ ・のどに何かある感じ ・のどがすっきりしない ・声がかれる ・声が出ない ・息苦しい ・せき ・たん ・血の混ざったたんが出る ・たんが切れない その他の症状 (具体的に) ()				
2	それはいつからですか ()				
3	今日は熱がありますか ⇒ 『ある』… (. 度) 『ない』… (. 度) ⇒ 最近発熱した方…いつから (いつ頃) ですか ()			ない	ある
4	今までに飲み薬や注射で発疹がでたり、ショックをおこしたことはありますか ⇒ 『ある』…その薬品名は ()			ない	ある
5	アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか ⇒ 『はい』…それはどんな時に出了ましたか ()			いいえ	はい
6	いま現在、治療中の病気はありますか ⇒ 『ある』…糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃十二指腸潰瘍 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 具体的な病名 ()			ない	ある
7	現在、内服中のくすりはありますか (種類) ⇒ 『ある』…薬品名 *お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください			ない	ある
8	今までに大きな病気をしたことがありますか ⇒ 『ある』…結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ など 具体的な病名 ()			ない	ある
9	アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望しますか?			いいえ	はい
10	今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか 病名 ()			いいえ	はい
11	今までに手術を受けた	耳鼻科の手術	年 月頃 病名 ()	ない	ある
	ことがありますか	耳鼻科以外の手術	年 月頃 病名 ()	ない	ある
12	たばこを吸いますか (1日 本くらい、 才から)			吸わない	吸う
13	現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか			ない	ある
	または、授乳中ですか 出産予定日 (年 月 日)			いいえ	はい
14	この1年間で検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか			いいえ	はい
15	マイナ保険証による診療情報取得について			同意する	
16	これから受ける診療について、ご希望、または上記の他に何かありましたらご記入ください				

当院は、マイナ保険証による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。