

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。

問 診 票

中川耳鼻咽喉科

ふりがな		年齢	体重			TEL	自宅	()	
お名前		才	kg			携帯	()		
〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				住所				職業	

該当するものに○をつけてください

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 ・耳鳴り ・めまい ・みみあか
- ・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)

- ・鼻みず (透明/黄緑/白/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・いびき ・くさいにおい
- ・鼻血 ・においがにびい ・においがしない ・いつも口が開いてる ・頭痛 (右/左/両方) ・その他

のど (右・左・両側・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 ・声が出にくい ・息苦しい ・せき ・たん ・たんが切れない
- ・血の混ざったたんが出る ・その他

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 ない ・ ある _____ 度

⇒ 「ある」の方、または最近発熱した方、それはいつから (いつ頃) ですか _____

4 今までに飲み薬や注射で発疹が起きたりショックをおこしたことはありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、その薬品名は _____

5 アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか いいえ ・ はい

⇒ 「はい」の方、それはどんな時に出了るか _____

★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

6 今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか ない ・ ある (病名 _____)

7 今までに手術を受けたことがありますか { 耳鼻科の手術 ない ・ ある (病名 _____)
 { 耳鼻科以外の手術 ない ・ ある (病名 _____)

8 今までに大きな病気をしたことがありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、 結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ 他 _____

具体的な病名

9 いま現在、治療中の病気はありますか ない ・ ある

⇒ 「ある」の方、 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 他 _____

具体的な病名

10 たばこを吸いますか すわない ・ すう (1日 本くらい、 _____ 年前より)

11 お酒を飲みますか 飲まない ・ 飲む (1日 _____ mlくらい)

12 現在、内服中のくすりはありますか ない ・ ある (_____ 種類)

「ある」の方、その薬品名

--	--	--

13 これから受ける診療について、ご希望、または上記の事項のほか何かありましたら、ご記入ください