

診療申込書

花粉症・めまいで受診される方は、別紙の問診票にもご記入ください。

ふりがな		生	大正		
氏名	男	年	昭和		日生
		月	平成	年	月
	女	日	令和		(才)
住所	〒	職		電	()
		業		話	-

問診票

今後の診療の参考になりますので正しくご記入下さい。

現在、困っていることをお答え下さい。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。

いつから 今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

みみ (右・左)	耳のいたみ	耳から汁がでる	耳あか	耳のかゆみ	耳なり
	きこえにくい	耳のふさがる(つまる)	感じ	その他()	
はな	鼻みず	鼻のつまり	くしゃみ	鼻のいたみ	鼻血
	においがわからない	その他()			花粉症
のど	のどのいたみ	のどのはれ	のどにできもの	つまる感じ	いびき
	のみこみにくい	息苦しい	せき たん	声がでにくい	
	声がかすれる	その他()			
その他	口内炎	口の中にできもの	口がかわく	味がわからない	
	めまい	頭痛	頭が重い	首が腫れている	発熱(°C)
	その他()				

アレルギー体質がありますか

ない ・ ある → アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・ぜんそく
食物アレルギー・その他()

今までに薬で異常が出たことがありますか

ない ・ ある → 飲み薬・注射薬・外用薬・造影剤 薬の名前()

現在、治療している病気または過去にした病気がありますか

ない ・ ある → 高血圧・糖尿病・心臓や血管の病気・肝臓の病気・結核・
ぜんそく・アトピー性皮膚炎・その他()

現在、薬を飲んでいますか

いいえ ・ はい → 薬の名前 ()

今までに手術をしたことがありますか

いいえ ・ はい → 病名 () 時期 (年 月頃)

今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか

いいえ ・ はい → 病名 () 時期 (年 月頃)

※女性の方へ 現在、妊娠していますか いいえ ・ はい ・ はっきりしない

※女性の方へ 現在、授乳中ですか いいえ ・ はい

嗜好について、お答え下さい たばこ 吸わない ・ 1日に(本位)(才から)(才から禁煙)
酒 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む(ビール ml・日本酒 合)

お子さんの場合は(中学生以下)体重をお書き下さい (kg)

めまいの問診票

氏名： _____

① 今回めまいを感じたのは、いつ・どこで・どんな時ですか？

- 1 いつ： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 ・ 午後 _____ 時頃
2 場所： ()
3 何をしていましたか?: ()

該当するところを○で囲んで下さい。

② めまいは初めてですか？

- 1 初めて 2 以前にもあり→それはいつですか? ()

③ めまいの起きる時、何か誘因がありますか？ (複数回答可)

- 1 なし 2 疲労 3 睡眠不足 4 動くものを見たとき
5 頭や首を動かした時 6 寝返りを打った時 7 起きた時、寝た時
8 その他 ()

④ めまいはどのような感じですか？ (複数回答可)

- 1,グルグル 回転する 2,フワフワする 3,目の前が暗くなる
4,その他 ()

⑤ 酷いめまいはどれくらい続きますか？ () 分くらい ・ () 時間くらい

⑥ めまいの頻度はどれくらいですか？

- 1, 一日中 (常に) 2, 週一回以上 3, その他 ()

⑦ めまいと同時、またはめまいの前におきる症状はありますか？ (複数回答可)

- 1 耳鳴り (右・左) 2 難聴 (右・左) 3 耳のつまる感じ (右・左)
4 吐き気 5 頭痛 6 手足のしびれ
7 意識が遠くなる 8 その他 ()

⑧ 家族の方でめまいの既往はありますか？

- 1 無 ・ 2 有 (父 母 兄弟)

※ ご記入ありがとうございました。もうしばらくお待ちください。

当院ではめまいの患者さんには、初診で眼の動きを見る検査、聴こえの検査、体のバランスを見る検査を行なっています。必要に応じて、めまいの精密検査も行っております (予約制)。