

耳鼻咽喉科問診票

年 月 日

氏名（ ） 男・女（ ）歳

身長（ ）cm 体重（ ）kg

1、どのような症状で来院されましたか？（めまいの場合は、裏面もご記入ください）

2、その症状はいつ頃からですか？

3、その症状で、治療されたことがありますか？

4、今現在、柿の病気で治療されていたらチェック☑してください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 肝臓病
 胃潰瘍 脳梗塞 その他（ ）

5、今現在、薬を内服されていますか？

6、今までに、手術を受けられたことがありますか？

7、薬のアレルギーはありますか？

- あり なし 薬剤名（ ）

8、女性の方は、妊娠の可能性はありますか？

- あり なし 授乳中

めまいのある方へ

※あてはまる項目にチェック☑をしてください

1、めまい・ふらつきは次のどれですか？

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 周りがぐるぐる回る | <input type="checkbox"/> 体、頭がふわふわする |
| <input type="checkbox"/> 体がふらつく、よろける | <input type="checkbox"/> 目の前が暗くなる |
| <input type="checkbox"/> 意識がなくなる | <input type="checkbox"/> 倒れそうで不安である |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

2、めまい、ふらつきが起こると、どのくらい続きますか？

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 瞬間的 | <input type="checkbox"/> 数分～数十分 | <input type="checkbox"/> 数時間～1日位 |
| <input type="checkbox"/> 2～3日ぐらい | <input type="checkbox"/> ずっと続いている | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

3、めまい・ふらつきは、今までにどのくらい起こりましたか？

- 1回
- 2回以上

4、今の状態はどうですか？

- だんだん良くなっている
- 悪くなっている
- 変わらない