

耳鼻咽喉科問診票

令和 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、下記の病気で治療されていたらチェック□をしてください。

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？

している していない

6、今までに、手術を受けられたことがありますか？

受けたことがある 受けたことがない
→受けた手術（ ）

7、薬のアレルギーはありますか？

ある ない 薬剤名（ ）

8、女性の方は、妊娠の可能性はありますか？

ある ない 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？

- 周りがぐるぐる回る
- 体、頭がふわふわする
- 体がふらつく、よろける
- 目の前が暗くなる
- 意識がなくなる
- 倒れそうで不安である
- 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？

- 瞬間的
- 数分～數十分
- 数時間～1日位
- 2～3日ぐらい
- ずっと続いている
- その他（ ）

3、めまい・ふらつきは、今までにどのくらい起きましたか？

- 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