

めまい・耳鳴り・難聴 問診表

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 体重(45kg以下) kg
住所 〒	
電話番号	携帯電話

1. お困りの症状について下から選んでください。

【めまい】

ぐるぐる回る感じ ふらつき倒れそうな感じ (→歩くと (右 左)へ寄っていく感じ)

目の前が暗くなる、立ちくらみのような感じ 揺れた感じ

その他 ()

【耳鳴り、聴こえ】

耳鳴りが起こる 聴こえが悪くなった 同時にめまいもする

2. 症状はいつから出始めましたか？また症状がひどくなる時間帯はありますか？

いつから 【 ____日前 1週間以上前 1か月弱前 それ以上前 (いつから? :)】

→その際にどこかの病院を受診されましたか？ はい(病院名:) いいえ

時間帯 【 朝起きてすぐ 朝 昼間 日が暮れてから 就寝前 その他()】

3. 初めて症状が出た時のきっかけはなんですか？

寝返りをした時 急に横や上下を向いた時 ひどく疲れた時 夜更かし寝不足のあと

急に立ち上がった時 動くものをみている時 本や新聞、パソコンを見ていて 運転中

その他 ()

4. めまいに伴う症状はありますか？

頭痛 ろれつが回らない 左右の身体どちらかにしびれが出る 手足に力が入りにくい

意識を失う ものが二重に見える 耳鳴り 耳が聞こえにくい 耳がふさがった感じがする

吐き気・嘔吐 その他 ()

5. めまいは症状1回あたり、どのくらい持続しますか？近いものを選んで記入してください。

・()秒 ・()分 ・()時間 ・()日

同時に耳鳴りまたは難聴が ある ない

6. めまいは初めての経験ですか？それとも何度か起きていますか？

初めて 繰り返す→前回のめまいはいつおこりましたか？(ぐらい前)

【どのくらいの頻度?: ()回/日、()回/週、()回/月、()回/年】

7. 現在服用中の薬はありますか？ 薬の名前()

8. (女性の方にお聞きします)現在、妊娠あるいはその可能性、授乳されていますか？

(妊娠している ・ 授乳している ・ 妊娠、授乳ともなし)

9. その他お伝えしたいことがあればお書きください。

()

10. 当院を何でお知りになりましたか？

近所だから ・ 看板を見て ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ その他