

めまい問診票

年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (男 女) 年齢 _____ 歳 体重 _____ k g

〒 -

ご住所 _____ Tel - -

いつ、めまいがありましたか? :

どんな、めまいですか? : 回転感 (グルグル) 浮動感 (フワフワ)
立ちくらみ 他 ()

どれくらい続きましたか? :

瞬時的 2~3分 数分間 10~30分くらい
1~2時間 半日くらい 1日くらい 他 ()

めまいが起きた時、以下の症状はありましたか?

意識消失 無・有 手足のしびれ・マヒ 無・有
激しい頭痛 無・有 視力低下 無・有
難聴・耳鳴 無・有 (右耳 左耳)

<具体的にお書き下さい>

耳の病気はありますか? 無・有 ()

難聴はありますか? 無・有 (右耳 左耳 いつ頃から?)

現在、治療中の病気はありますか? ない

高血圧 糖尿病 心臓病 (心筋梗塞・狭心症) 不整脈 貧血
高脂血症 脳の病気 肝臓の病気 その他 ()

<内服中のお薬の名前>

今まで、内服薬・注射などで、異常が出た事 (副作用) はありますか? ない

薬 : 抗生剤 風邪薬 鎮痛剤 ピリン系 その他 ()

症状 : じんましん 吐き気・嘔吐 ショック状態 その他 ()

☆女性の方へ 現在、妊娠していますか? いいえ はい (カ月) 授乳中