

めまい問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	小学生以下	ご住所 〒 -	初診の患者様のみ記入
お名前	男 女	体重		
明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢		電話 ()	
			携帯 ()	

- どのようなめまいですか？
グルグルまわる ふわふわする 立ちくらみ
- いつ頃からありますか？（いつ頃起こりましたか？）
時間前 日前 週間前 年前 不明
- 今回のめまいと同時に、耳鳴りや耳のつまり感、聞こえにくさが起こりましたか？
はい いいえ わからない
→はいとお答えの方、具体的な症状をお聞かせ下さい。（ ）
- めまいは、頭を動かすと起こりやすいですか？ はい いいえ わからない
- めまいの持続時間はどれくらいですか？（おおよその時間）
秒 分 時間 日間 現在まで継続
- 最初のめまいの状態と比べて現在はいかがですか？
最初と変わらない 改善傾向にある 悪化している
- 今回のめまいは初めてですか？ 初めて（しばらく経験していない） 回目
- 頭痛はありますか？ ある 少しある ない
- 手足のしびれが起こりましたか？ はい いいえ わからない
- きっかけになるような出来事がありましたか？ はい いいえ わからない
- ストレスはありますか？ はい いいえ わからない
- 睡眠不足はありますか？ はい いいえ わからない
- どのような診療をお望みですか？ 十分な検査を希望 ・ とりあえず症状を抑えたい

【他になにか症状がある方はご記入ください】

◆お薬の希望はありますか？	漢方希望 / 粉薬不可
◆現在、他院から処方されたお薬はありますか？	なし あり お薬名：
◆お薬にアレルギーはありますか？	なし あり→（お薬名 ） 起きた症状→ 【 】
◆女性の方へ	妊娠の可能性 いいえ はい（ か月） 授乳の有無 なし あり

～ご記入が終わりましたら受付までお持ちくださいませ～