

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	体重	
	女		
明・大・昭・平・令	年齢	携帯 ()	
年 月 日生		電話 ()	

いつからめまいがありますか	時間前	日前	週間前
	か月前	年前	
どのようなめまいですか	ぐるぐるまわる	ふわふわ	立ちくらみ
めまいのきっかけはありましたか	なし	あり ()	
頭を動かすとめまいが起きますか	いいえ	はい	
めまいの持続時間はどのくらいですか	秒	分	時間 日 現在持続
耳鳴り・耳つまり感・聞こえの悪さありますか	いいえ	はい ()	
初めてのめまいですか	いいえ	はい ()	
メニエール病と診断されたことはありますか	いいえ	はい ()	
手のしびれ・しやべりにくいことはありますか	いいえ	はい ()	
強くストレスを最近感じることはありましたか	いいえ	はい ()	
睡眠不足を感じますか	いいえ	はい ()	
貧血を指摘されたことはありますか	いいえ	はい ()	
どのような診察をご希望ですか？	十分な検査希望	とりあえず症状を抑えたい	
その他、気になる症状をご記入くださいませ			

◆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 授乳の有無
	いいえ あり () 月 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～