

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 〒 ー		
お名前	男	体重			
	女		※住所変更された方は、新住所のご記入をお願いします。		
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、 <u>他院</u> から処方されたお薬はありますか？		なし	※お薬手帳の場合は問診票と一緒にお願いします
		☐ お薬手帳 ☐ お薬手帳アプリ ☐ お薬手帳忘れ	
◆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 (月)	
	授乳の有無	なし あり	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
～ご記入が終わりましたら受付までお持ちくださいませ～