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(12 歳以下)　　kg
住所　〒	
電話番号	携帯電話

※当てはまる項目の上に〇印をつけるか、ご記入ください。

1. お困りの症状について下から選んでください。

【目まい】

ぐるぐる回る感じ　ふらつく感じ（→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

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？:　　）】

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. めまいの起こるきっかけはありますか？

立ち上がる　頭を動かす　首を回す　寝返り　起床や就寝　入浴　高度差(飛行機搭乗など)

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

【どのくらいの頻度？:（　　)回/日、（　　)回/週、(　　)回/月、(　　)回/年 】

7. (お子様の方へ)お薬は 1 日 3 回飲むことはできますか？また、錠剤は飲めますか？

【3 回飲む】　できる　できない　【錠剤を飲む】　できる　できない

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. 当院を何でお知りになりましたか？

紹介されて:ご紹介者＿＿＿＿＿様・＿＿＿＿＿医院　インターネットを見て

看板を見て　その他(　　)

ご協力ありがとうございました。