

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 問診用紙

		年 月 日		
ふりがな 氏名	性別 男 女	年齢 才	身長 cm	体重 kg

1. 今日見てほしいことは何ですか？ ○で囲んでください。

めまい（めまいの方は表面と裏面も書いてください） 熱がある（ 度）
 聞こえが悪い（右・左） 耳なり（右・左） 耳が痛い（右・左） 音がひびく
 耳だれ（右・左） 耳あか（右・左） 顔の動きがわるい においがしない
 鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血（右・左） 鼻が痛い 味がしない
 いびき 無呼吸 扁桃腺 のどに何かある のどが痛い 咳 痰
 声がかれる 息苦しい 甲状腺 首が腫れている その他（ ）

2. その症状はいつ頃から始まりましたか？

（ ）頃から

3. 今までにかかった病気を教えてください

耳鼻咽喉科の病気（ ）
 高血圧 糖尿病 喘息 脳卒中（ ） がん（ ） 心臓病（ ）
 その他（ ） 薬を飲んでいる場合、薬手帳をお出してください

4. 薬や造影剤の「アレルギー」はありますか？

いいえ ・ はい（薬の名前 ）

5. 体の中に金属は入っていますか？

いいえ ・ はい（ペースメーカー ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 人工関節 ・ 骨プレート）

6. タバコを吸いますか？いいえ ・ はい（1日___本 ___年間）

7. お酒を飲みますか？いいえ ・ はい（1日___合 1週間で___日）

めまいのある方は表面と裏面も書いてください

「めまい」で来られた方 あてはまるものに○を付けて下さい。

1. どのようなめまいがしましたか？

まわりがまわる感じ	自分がまわる感じ	
体がふらふらする	真っ直ぐ歩けない	
眼の前が暗くなる	引っ張られる感じ	その他（ ）

2. 今回のめまいが起こったのはいつ頃ですか？

月 日頃

3. めまいはどんなときに起こりましたか？

頭や首を動かしたとき	横になったとき	
寝返りをうったとき	起きあがろうとしたとき	
立ちあがったとき	座ったとき	
朝目覚めたとき	仕事中 運転中 その他（ ）	

4. めまいはどのくらい続きましたか？

瞬時的	10秒くらい	数分から十数分	数時間
1日間	ずっと続いている		

5. めまいしている間や前後にどのような事がありましたか？

耳が聞こえにくい	音がひびいた	耳がつまった	耳鳴りがした
頭が痛かった	意識がなくなった	物が二重に見えた	
手、足が動かなかった	物が言いにくかった		
吐きそうになった	吐いた		

6. 今までめまいは何回くらいありましたか。

初めてのめまい 2回目 それ以上（ 回）

7. 今まで以下の病名を言われたことはありますか？

耳からのめまい	内耳性めまい	良性発作性頭位めまい症
メニエール病	脳卒中（出血、梗塞）	脳腫瘍

8. 頭の検査（脳MRIなど）はしたことがありますか？

ない ある（いつ頃 病院名 ）

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。