

フリガナ	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	※12歳以下の方
お名前	男 ・ 女	体重 k g
ご住所 〒 _____		
お電話 ご自宅 :		携帯 :

◇本日は、どのような症状で来院されましたか？○で囲んでいただき、必要時にご記入ください

症状はいつからですか？（ 今日 昨日 おととい \_\_\_\_\_日前から よく覚えていない ）

【耳】（ 右 ・ 左 ・ 両 ）

痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳のつまった感じ 音が響く

耳鳴り → どんな音ですか？ 例) キーン （ \_\_\_\_\_ ）

【めまい】 ➡ うら面にご記入ください

【鼻】（ 右 ・ 左 ・ 両 ）

くしゃみ 鼻水（みずっぱい）・鼻水（ドロドロ） 鼻づまり 鼻血

後鼻漏（鼻水がのどに流れること） 頭が重い においがわからない

【のど・首】

痛い たん せき（乾いた）・せき（ゴロゴロ） 違和感 声がれ

食事が出来ない 息苦しい 首にしこりがある

※上記に当てはまらない場合はご記入ください。

（ \_\_\_\_\_ ）

◇今までにかかったことのあるご病気、または現在治療中のご病気はありますか？

ない 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障 けいれん

その他（ \_\_\_\_\_ ）

【家族歴】 ※ご家族の方で、上記の病名にかかったこと、治療中の病気があれば、ご記入ください

ない ・ ある（ \_\_\_\_\_ ）

◇現在つかっているお薬はありますか？（ ない ・ あり ・ 手帳忘れ ） お薬手帳提出の方は薬名の記入不要です

※お薬手帳忘れの方は薬名をご記入ください

（ \_\_\_\_\_ ）

◇アレルギーはありますか？（ ない ・ 薬 ・ 食べ物 ・ 動物 ・ 花粉 ）

何に対するアレルギーですか？（ \_\_\_\_\_ ）

◇たばこ： 吸わない ・ 吸う →（ \_\_\_\_\_ ）本/日 ・ やめた →（ \_\_\_\_\_ ）前まで（ \_\_\_\_\_ ）本/日

◇お酒： 飲まない ・ 飲む →1日量（ \_\_\_\_\_ ）

～女性の方へ～

◇妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい →（ \_\_\_\_\_ ）週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

～よろしければ、ご記入ください～

◇ふじい耳鼻咽喉科クリニックを知ったきっかけは何ですか？（ご回答は複数可能）

（ご紹介 \_\_\_\_\_ さん ・ 看板 ・ ネット検索 ・ その他 \_\_\_\_\_ ）

【めまい】 下記の質問について○で囲んでいただき、必要時にご記入ください ※複数回答可能

① どのようなめまいですか？

( ふわふわ浮遊する ・ ぐるぐる回転する ・ その他\_\_\_\_\_ )

② めまいが起きた時のきっかけの動作は何でしたか？ (例：寝返りをうった時)

( \_\_\_\_\_ )

③めまいの時間はどれくらいですか？

( \_\_\_\_\_秒くらい ・ 数分 ・ 半日 ・ ずっと続いている ・ その他\_\_\_\_\_ )

④ 下記の症状はありますか？

( ない ・ ある ➡ 右耳 ・ 左耳 ・ 両耳 )

( 聞こえにくさ ・ 耳鳴 ・ 耳閉 ・ 頭痛 ・ 意識が遠くなった ・ 手足のしびれ )

⑤ めまいは今回が初めてですか？

( 初めて ・ \_\_\_\_\_日ぶり ・ \_\_\_\_\_年前から ・ その他\_\_\_\_\_ )

⑥ めまいは季節性や天候の影響を感じますか？

( 感じない ・ 例年\_\_\_\_\_月くらい ・ 梅雨や雨の時期 ・ その他\_\_\_\_\_ )

⑦ 生活習慣についてお答えください

・寝不足                      ある ・ ない

・疲れ                        ある ・ ない

・ストレス                  ある ・ ない

・眼精疲労                  ある ・ ない

「眼精疲労 ある」とお答えの方

長い時間 視聴・使用するものはありますか？

( ない ・ テレビ ・ スマートフォン ・ タブレット ・ パソコン ・ その他\_\_\_\_\_ )

・日常体をよく動かしますか？    はい ・ いいえ