

氏名	フリガナ	男 ・ 女	職業	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日生 (歳)
住所	(〒 -)			
電話番号	携帯() - 自宅() -			
緊急連絡先 (ご本人様以外)	*ご本人様が院内で体調が悪くなった時などに使用します(道外でも可)			
	氏名() TEL() 続柄()			

【耳鳴り】(右 ・ 左 ・ 両) いつからですか?()

【聴こえが悪くなった】(右 ・ 左 ・ 両) いつからですか?()

【めまい】 いつからですか?()

◆ どのようなめまいですか？

- ☐ ぐるぐる回る ☐ 揺れる ☐ ふわふわする ☐ ふらつく ☐ 立ちくらみ
☐ 目の前が暗くなる ☐ その他【

◆ めまいの症状が出たきっかけはありますか？

- ☐ 特になし ☐ 頭を動かした時 ☐ 寝起きの動作 ☐ 寝返り ☐ 立ち上がった時
☐ その他【

◆ めまいに伴う症状はありますか？

- ☐ 特になし ☐ 耳鳴り ☐ 聴こえが悪くなった ☐ 耳のつまり感 ☐ 吐気・嘔吐
☐ 頭痛 ☐ 肩こり ☐ その他【

◆ めまいはどのくらい持続しますか？

- ☐ 瞬間的 ☐ 数秒 ☐ 数分 ☐ 数時間 ☐ 1日くらい ☐ ()日間

以下の質問はすべての方がお答えください

◆ 治療中の病名ならびに今までかかったことのある病気があれば口にチェックをしてください

- ☐ なし ☐ 中耳炎 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 不眠症 ☐ 自律神経系
☐ 癌(がん) ☐ 糖尿病 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 喘息
☐ その他【

◆ 現在、内服中の薬があればご記入ください ★ お薬名がわかる物をお持ちでしたら一緒にお出しください

- ☐ なし ☐ ある【薬剤名:

◆ 薬・注射などで副作用の経験がありますか？

- ☐ なし ☐ ある【薬品名:

◆ 脳 MRI検査を受けたことがありますか？

- ☐ なし ☐ ある【年 月頃】【病院名:

◆ 現在ご家族と同居されていますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

◆ 女性の方で妊娠中あるいは授乳中であれば口にチェックをしてください

- ☐ 妊娠中 ()ヶ月 ☐ 授乳中

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。