

いとう耳鼻咽喉科 めまい・耳鳴り・聞こえの悪い方問診票

お名前 _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の項目で当てはまると思うもの(一番近いと思うもの)を○印で囲んでください。
また、一番診てほしいと思うものを◎で囲んでください。

1.いつ頃から症状がありますか？

今日から 昨日から ()日前から ()週間前から ()か月前から
()年前から はっきりしない
常にある 徐々に悪くなりました 急に悪くなりました

_____ 【めまいの方】 _____

2.あなたのめまいは次のうちどれですか？

1.自分の周りかぐるぐるまわる感じ 2.体が左右にゆれる感じ、ふらふらする感じ
3.目の前が暗くなる感じ 4.その他()

3.どのくらいめまいが続きますか？

1.一瞬、数秒から数分間 2.数時間から半日くらい 3.一日以上

4.どのくらいの頻度で起こりますか？

1.今回が初めて 2.一日に何回も起こる 3.その他()

_____ 【耳鳴りの方】 _____

5.耳鳴りの起こっている場所は？

右耳 左耳 両耳 頭の外側 頭の中

6.耳鳴りの音を言葉で表現するとどんな音ですか？ (例:キーン、ピー、ジー、ブーン、シーン、シャー等)

7.耳鳴りの大きさはどのくらいですか？

小さい 中くらい 大きい 気になって仕事も手につかないくらいひどい

_____ 【聞こえの悪い方】 _____

8.どちらの耳の聞こえが悪いですか？ また、いつ頃から悪くなりましたか？

1.右耳 2.左耳 3.両耳 4.いつも悪い 5.徐々に悪くなった 6.急に悪くなった

_____ 【以下は必ず記入してください】 _____

9.すでに他の耳鼻科や内科、脳外科等で、検査や治療を受けましたか？

いいえ はい→()日前に受診しました CTやMRI検査を受けました(検査日: 月 日)
検査の結果異常がありましたら、具体的にご記入ください()
現在、処方されているお薬はありますか？()

10.症状の経過が長い場合は順を追って、詳しくお書きください。

11.以前または現在、医師に指摘された病気や症状があれば○印で囲んでください。

1.中耳炎 2.蓄膿症 3.高血圧 4.低血圧 5.心臓病、不整脈 6.糖尿病 7.喘息またはアレルギー
8.メニエール病 9.目の病気(緑内障、白内障など) 10.甲状腺の病気 11.脳の病気(脳梗塞、認知症など)
12.自律神経失調症 13.更年期 14.てんかん 15.神経科の病気 16.その他()