

めまい 問診票

お名前 () 生年月日 (年 月 日)
日中のご連絡先 ()

- ① めまいは初めてですか？
 はい 以前にもある
- ② (①以前にもあるとお答えいただいた方のみ) それはいつ頃ですか？
_____ 日前 _____ ヶ月前 _____ 年前
何回も起きている はい いいえ
- ③ 今回のめまいはいつから起きましたか？
 今日から 昨日から _____ 日前から _____ 週間前から
 _____ ヶ月前から 急に悪くなった いつとはなしに
- ④ 今回めまいを感じたのは、何をしていた時でしたか？
 何もしていない 頭を動かした時
 寝ていて起き上がろうとした時、寝返りをした時に
 その他 _____
- ⑤ めまいはどんな感じですか？
 ぐるぐる回る 揺れる感じ ふらつく 気が遠くなる感じ
 立ちくらみ その他 _____
- ⑥ (ぐるぐる回るとお答えになった方) それは頭を動かすとおこりますか？
 はい いいえ
じっとしていると収まりますか？ はい いいえ
- ⑦ めまいはどれくらい続いていますか？
 瞬時的 数分以内 数時間以内 一日以内
 数日 持続している
- ⑧ 今回のめまいは何か誘因はありますか？
 特にない かぜ 過労・体調不良 その他 _____
- ⑨ 今回のめまいと同時に起きた症状はありますか？
 耳鳴 (右 ・左) 片側が聞こえにくい (右 ・左)
 吐き気・吐いた 気が遠くなった 口のもつれ 痺れ
 歩きづらい 頭痛 その他
- ⑩ 今のめまいはどのような様子ですか？
 今はない 変わらない 良くなってきている
 悪くなってきている

問 診 票

1. マイナンバーカードによる診療情報の取得に同意しますか？

同意する 同意しない

2. 他の医療機関から紹介状をお持ちですか？

はい（持参している） いいえ

3. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？

はい（通院中） いいえ

通院している医療機関名： _____

最後に受診した日： _____

受けている治療内容： _____

4. 現在処方されている薬はありますか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい（以下に記入） いいえ

薬剤名、用量： _____

期間： _____

5. これまでに重大な疾患（入院や手術を要する病気等）に罹患したことはありますか？

はい（以下に記入） いいえ

6. 過去1年間に特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい いいえ

7. 薬剤や食べ物によるアレルギー反応を起こしたことはありますか？

はい（以下に記入） いいえ

原因、症状： _____

8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

はい（妊娠中） はい（授乳中） いいえ

妊娠週数（該当する場合）： _____

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。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人明和会 伊崎脳神経外科内科

院長 伊崎明