

予診票（耳、めまい）診察に必要な事項です。可能な限り詳細な記載をお願い致します。

氏名 年齢 記入日 月 日

どのような症状ですか？

耳が痛い 聞こえにくい 耳がかゆい 耳鳴り 耳がつまった感じ みみだれ
めまい、その他（ ）

耳が痛いのは→どちらの耳？ 右 左 両側、いつから？（ ）日前から

聞こえにくいのは→どちらの耳？ 右 左 両側

いつから？（ ）日、年）前から 突然に 徐々に

耳鳴りは→どんな音？ ザー キーン セミ声 その他（ ）

常に鳴っていますか？ はい 夜間は感じない 静かな時だけ

めまい→性状は？ ぐるぐる回る ふわふわする まっすぐに歩けない

持続時間は？ 数分 半日 1日以上 吐き気は？ ある ない

寝たり起きたりすると、めまいは？ ひどくなる 変わらない

どちらかを向くとめまいがつよくなる？ 右 左 仰向けに寝た時

めまいは初めてですか？ はい いいえ（前回はいつ？）

耳鼻科の病気で他の病院で治療を受けたことはありますか？

ない ある（病院名 ）

（診断名は ）

過去に大きな病気をしたことがありますか？

いいえ はい（病名 ）

頭を打ったこと 交通事故でむち打ちにあったこと 頭の手術を受けたこと

現在、他の病院で通院治療をうけている病気がありますか？

いいえ はい（病院名 ）

高血圧 低血圧 自律神経失調 糖尿病 喘息 心疾患（ ）

神経内科疾患（ ） 心療内科/精神科疾患（ ）

その他（ ）

薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？特に、痛み止め、抗生物質

ない ある—薬の名前は？

その時の症状は？

処方薬について なるべく多く出して欲しい 必要最少がよい できる限り飲みたくない

ジェネリック医薬品は？ 処方して欲しい あまり好まない 必要ない わからない

【裏へ続く】

他の症状, 伝えたいことがありましたら, どうぞ自由にお書き下さい.