

めまい問診票

お名前 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※わからない項目は、空欄のままでけっこうです。

どのようなめまいですか？近いものに○をして下さい。

- ・回転する感じ
- ・ふらつく
- ・立ちくらみ
- ・歩くと片方に寄っていく
- ・意識を失う
- ・めまいより吐き気が強い

その他 _____

めまいを起こす動作や、めまいの持続時間について、一番近いものに○をして下さい。

- ・頭を動かす時のみ生じ、数秒で治まる
- ・頭を動かす時のみ生じ、1分以上続く
- ・じっとしていてもめまいがするが、頭を動かすと強くなる
- ・頭の位置に関係なく、めまいが持続している
- ・立ち上がると生じ、しばらくすると治まる

その他 _____

該当するものに○をして下さい。

- ・前にもめまいがあった
- ・前から頭痛もちである
- ・手足に力が入りにくい
- ・以前に、メニエール病と言われたことがある
- ・ひどい頭痛がする
- ・頭痛で目が覚めることがある
- ・しゃべりづらい
- ・以前に、突発性難聴と言われたことがある

その他 _____

耳の症状について、該当するものに○をして下さい。

- ・耳の症状はない
- ・めまいとほぼ同じ時期から、聞こえが悪くなった。もしくは悪化した
- ・めまいとほぼ同じ時期から、耳鳴がする。もしくは悪化した
- ・めまいとほぼ同じ時期から、耳のつまり感やふさがれた感じ、もしくはこもった感じがする
- ・以前から両耳もしくは、片耳の聞こえが悪い。今回、変化はない
- ・以前から両耳もしくは、片耳で耳鳴がする。今回、変化はない

その他 _____