

めまいの問診票

氏名 _____ □ 男性 □ 女性 _____ 才 記入日 _____

- ① めまいは初めてですか？
□ はい □ 以前にもある
- ② (①で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 _____ カ月前 _____ 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
□ _____ カ月前から □ 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、何をしているときでしたか？
□ 何もしていない □ 頭を動かしたとき
□ 寝ていて起き上がろうとしたとき、寝返りをしたときに
□ 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？
□ 耳鳴り(右・左) □ 片方が聞こえにくい(右・左)
□ 吐き気・吐いた □ 気が遠くなった □ 口のもつれ □ しびれ
□ 歩きづらい □ 頭痛 □ その他 _____
- ⑩ 今のめまいはどのようなようですか？
□ 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