

めまい問診票

お名前

- めまいはいつから？(月 日)から、または(日・ 週間・ ヶ月)前から
■ 以前に同じような症状が起こったことがありますか？ ない・ある(いつ頃?))
■ どのようなめまいが生じましたか？ (あてはまるものにチェックしてください)
周囲の物や自分がグルグルまわる感じ フワフワして足が地につかない感じ
立ちくらみ フラフラして真っ直ぐ歩けない感じ
目の前が暗くなる 気が遠くなる感じ
その他()

■ めまいは1日に(~ 回)おきて、(日間)続く

- 1回のめまいの持続時間は？ (あてはまるものにチェックしてください)
5秒以内 5分まで 5秒以上~1分まで 1時間まで その他()

■ めまいに伴う耳の症状はありますか？

- ・(左・右・両)の耳鳴りが、
めまいの(分前・最中・ 分後)に(出現・悪化)して(分間)続く
- ・(左・右・両)の難聴が、
めまいの(分前・最中・ 分後)に(出現・悪化)して(分間)続く
- ・(左・右・両)の耳閉感が(耳閉とは耳がつまった症状)
めまいの(分前・最中・ 分後)に(出現・悪化)して(分間)続く

■ めまいと同時または前後に合わせて他の症状はありますか？(ない・ある)

- 吐き気・嘔吐 頭痛・頭が重い・こめかみから後頭部が痛い
- 手・足が動きにくい 舌がもつれる・ろれつが回らない・飲み込みにくい
- 記憶がない・意識障害 しびれがある(手・足・舌・顔・口の周り・指)
- 物が二重に見える・かすむ その他()

■ 何をしている時にめまいが起こりますか？(あてはまるものにチェックしてください)

- 起き上がる時・横になった時 じっとしている時・パソコンやテレビを見ている時
- 右または左に寝返りをした時 午前中や午後等の特定の時間帯に起こる
- 頭を特定の位置(右・左・上・下)に動かした時、めまいを起こしやすい
- 急に立ち上がった時 その他()

■ めまいが起こる前に日常生活で何か変わった事はありましたか？

- 睡眠不足 残業が続いた 職場・家庭内などでのストレス 頭を打った
- その他()

■ 現在、何か病気にかかっていますか？

- 高血圧 低血圧 起立性低血圧 高脂血症 むちうち
- 脳梗塞 糖尿病 脳出血後遺症 動脈硬化
- 貧血 不整脈 自律神経失調症 耳の病気()
- その他()

■ 最近、頭部CT・MRI・めまい検査を受けましたか？いいえ・はい(いつ頃?))

■ その他、何か気づいたことはありますか？

.....
.....