

めまい問診票

お名前 _____

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
- ・ 歩くと片方に寄っていく
- ・ ふらつく
- ・ 意識を失う
- ・ 立ちくらみ
- ・ 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
- ・ ひどい頭痛がする
- ・ 前から頭痛もちである
- ・ 頭痛で目が覚めることがある
- ・ 手足に力が入りにくい
- ・ しゃべりづらい
- ・ 以前に、メニエール病と
言われたことがある
- ・ 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、耳鳴りがする。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。今回は、変化はない
- ・ 以前から両耳もしくは、片耳で耳鳴りがする。今回は、変化はない

その他 _____