

めまい問診票

記入日 : 平成 年 月 日 血圧 / 脈拍  
フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男性・女性 \_\_\_\_\_ 才 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. 初めてのめまいは、いつおこりましたか？

A \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

B おぼえていない

2. 今回のめまいは、いつからおこりましたか？

3. どのようなめまいでしたか？二つ以上でもけっこうです。

A グルグル目の前のものが回った。あるいは自分が回った

B 船に乗ったような、あるいは雲の上を歩いているようにフワフワした

C 歩きにくかった

D 気が遠くなった

E 目の前が真っ暗、または真っ白になって倒れそうになった

F そのほか、どのようなめまいか書いてください

4. 何をしている時にめまいがおこりましたか？

A なにもしていないとき

B 頭を動かしたとき（寝ていて起き上がったとき、寝返りをしたときなど）

C その他ありのままを書いてください

5. 一回の強いめまい発作の持続時間を教えてください

A 数秒～10分

B 10分～数時間

C 半日～1日

D 1日～数日

E 持続性

裏面もごらんください

6. めまいの時に他に何か症状がありましたか？いくつでもけっこうです

- A なにもなかった
- B むかつきがあり気分が悪かった
- C 吐いた
- D 耳鳴りがしていた (右 左 両方)
- E 山に登ったときのように耳がつまった感じがした (右 左 両方)
- F 耳がきこえにくい感じがした (右 左 両方)
- G 手足がしびれていた (右 左 両方 手足の先)
- H 手足に力が入らなかった (右 左 両方)
- I 顔がしびれていた (右 左 両方)
- J 目の前がぼやけていた
- K ものが2つに見えた
- L ことばがしゃべりにくかった、ことばがもつれた
- M 頭が痛かった
- N 目の奥が痛かった
- O 肩がこっていた
- P このほかに症状がありましたら詳しくお書きください

7. 今のめまいの状態をお書きください

- A 今は症状はない
- B はじめとほとんど同じ
- C じょじょによくなっている
- D はじめと違っためまいになってきた

8. 今、他に困っていることがあればお書きください

9. 今、何かストレスや悩みを感じることはありますか？

10. 現在治療中の病気、今までにした大きな病気を書いてください

( )

11. 今飲んでいる薬があれば書いてください

( )

12. 薬や注射でじんましんがおきたり、息が苦しくなるようなことがありましたか？

- A ある ( ) B ない

13. いままで医者に注意を受けたことがあれば具体的にお書きください

14. 妊娠していますか？

- A はい
- B いいえ

ありがとうございました