

めまい問診票

記入日： 令和 年 月 日 血圧 / 脈拍
フリガナ
氏名 男性・女性 才 生年月日 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

裏に続く →

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 むかつし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つた感じがした（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. 薬や注射の副作用、食物アレルギーはありますか

ある（薬名又は食品： 症状： ） ない

13. たばこは吸いますか

はい → 1日 本（禁煙： 年前） いいえ

14. お酒は飲みますか

はい → 頻度： 1日の量： いいえ

15. 妊娠していますか はい （予定日： 年 月 日） いいえ

16. 授乳中ですか はい （ 歳 カ月） いいえ