

## 問診票(めまい)

氏名 \_\_\_\_\_

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？

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

③1回のめまいの持続時間はどれくらいですか？

5秒以内  5秒～1分まで  5分まで  1～3時間  その他( )

④めまいに伴う耳の症状はありますか？

耳鳴り  難聴  耳閉感

⑤どのようなめまいですか？

周囲の物や自分がぐるぐる回る感じ  気が遠くなる感じ  立ちくらみ

ふわふわして足が地につかない  目の前が暗くなる  その他( )

⑥めまいに伴う症状はありますか？

ない  吐き気、嘔吐  頭痛  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  しびれがある

物が2重に見える  その他( )

⑦めまいが起こりやすい状況はありますか？

ない  起き上がる時  じっとしている時  寝返りをしたとき

午前や午後の特定の時間に起こる  頭を動かしたとき  その他( )

⑧その他、気になることがございましたらご記入ください。

[ ]

