

# めまいの問診票

ご記入をお願いします。

名 前： \_\_\_\_\_

① 今回めまいを感じたのは、いつ・どこで・どんな時ですか？

1 いつ：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時頃

2 場所：( \_\_\_\_\_ )

3 何をしていましたか?: ( \_\_\_\_\_ )

該当するところを○で囲んで下さい。

② めまいは初めてですか？

1 初めて                      2 以前にもあり→それはいつですか？ ( \_\_\_\_\_ )

③ めまいの起きる時、何か誘因がありますか？ (複数回答可)

1 なし      2 疲労      3 睡眠不足      4 動くものを見たとき

5 頭や首を動かした時      6 寝返りを打った時      7 起きた時、寝た時

8 その他 ( \_\_\_\_\_ )

④ めまいはどのような感じですか？ (複数回答可)

1.グルグル 回転する      2.フワフワする      3.目の前が暗くなる

4.その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 酷いめまいはどれくらい続きますか？ ( \_\_\_\_\_ ) 分くらい

⑥ めまいの頻度はどれくらいですか？

1. 一日中 (常に)      2. 週一回以上      3. その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑦ めまいと同時、またはめまいの前におきる症状はありますか？ (複数回答可)

1 耳鳴り (右・左)      2 難聴 (右・左)      3 耳のつまる感じ (右・左)

4 吐き気      5 頭痛      6 手足のしびれ

7 意識が遠くなる      8 その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑧ 家族の方でめまいの既往はありますか？

1 無      2 有 (父 母 兄 弟)

ご記入ありがとうございました。もうしばらくお待ちください。

#当院では めまいの患者さんには眼の動きを見る検査、聴こえの検査、体のバランスを見る検査を行なっています。

