

めまい問診票

お名前： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 生まれて初めてのめまいはいつ起こりましたか？

① ()年()月()日

② まったく覚えていない

2. 今回のめまいはいつから始まりましたか？

()年()月()日

3. どのようなめまいでしたか？(複数選択可)

① 回転性めまい(グルグル回るめまい)

② 浮動性めまい(フワフワと宙に浮いたようなめまい)

③ その他(立ち眩みのような発作など)

→()

4. 何をしている時にめまいが起こりましたか？

① 朝、目が覚めて起き上がった時など、頭の位置を変えた時

② 全く動いていない時

③ その他()

5. めまいはどのくらいの時間続きましたか？

① 数秒 ② 数分 ③ 10分以上 ④ その他()

6. めまいと同時に出た症状がありましたか？(複数選択可)

① 何もなかった

② むかつきがあり気分が悪かった

③ 吐いた

④ 耳鳴りがしていた (右耳 左耳 両耳)

⑤ 耳のつまりを感じた (右耳 左耳 両耳)

⑥ 耳が聞こえにくい感じがした (右耳 左耳 両耳)

⑦ その他()

7. めまいが起こった時どう対処しましたか？

① 安静にしていた

② 当院以外の医療機関を受診した→()月()日 病院名()

③ その他()

8. 今回のめまいの経過を教えてください

① めまいはなくなった

② 良くなってきた

③ 変化ない

④ 悪くなってきた