

めまい問診票

お名前	(男 ・ 女)		
生年月日	西暦	年	月 日 (才)
① めまいは初めてですか？			
<ul style="list-style-type: none"> ・初めて ・以前にもあり・・・最初に起きたのはいつですか？ () 			
② 今回めまいを感じられたのはいつからですか？			
()			
③ 今日はどのようなめまいで受診されましたか？下記の中から○をつけて下さい。			
<ul style="list-style-type: none"> ・目の前がグルグルまわる ・頭がふわっとする ・目の前が左右に揺れる ・目の前が真っ暗になる ・自分の体がグラグラ揺れる ・足下がフワフワする ・その他() 			
④ めまいはどんな時に起こりましたか？下記の中から○をつけて下さい。			
<ul style="list-style-type: none"> ・朝、目が覚めた時 ・特に姿勢の変化は無いが、突然 ・寝返りを打った時 ・動く物を見た時 ・カゼをひいている時 ・頭をある位置にした時 ・頭の位置を動かした時 ・立ち上がった時 ・歩いている時 ・その他() 			
⑤ めまいはどれ位の時間続きますか？A～Fを選び()の中に記入して下さい。			
一回のめまいは() 一連の症状は ()			
A 一瞬～数秒 B 1分以内 C 数分 D 30分～1時間程度 E 1時間～数時間 F 半日以上			
⑥ めまいと同時にどのような症状がありますか？(複数選択可)			
<ul style="list-style-type: none"> ・難聴 (右 ・ 左 ・ 両方) ・耳なり (右 ・ 左 ・ 両方) ・耳のふさがる (つまる) 感じ(右 ・ 左 ・ 両方) ・以前よりある難聴や耳なりや耳のふさがる (つまる) 感じるがひどくなる (右 ・ 左 ・ 両方) ・吐き気 ・嘔吐 (もどす) ・動悸 ・頭痛 ・手足の麻痺 ・手足のしびれ ・その他 () 			
⑦ めまいの症状がなくても下記の症状が出ることはありますか？(複数選択可)			
<ul style="list-style-type: none"> ・難聴 (右 ・ 左 ・ 両方) ・耳なり (右 ・ 左 ・ 両方) ・耳のふさがる (つまる) 感じ (右 ・ 左 ・ 両方) ・以前よりある難聴や耳なりや耳のふさがる (つまる) 感じるがひどくなる (右 ・ 左 ・ 両方) ・吐き気 ・嘔吐 (もどす) ・動悸 ・頭痛 ・手足の麻痺 ・手足のしびれ ・その他 () 			
⑧ 他の病院などで、治療・検査などを受けられましたか？			
<ul style="list-style-type: none"> ・CT・MRI (部位 結果) ・点滴 () ・投薬 () 			