

めまい問診表

お名前 _____

記入日 _____ 年 月 日

- 今回のめまいはどのようなめまいでしたか。
- 1) ぐるぐるまわる、2) ふわふわする、3) ふらつく、4) 目の前が暗くなる、5) 意識がなくなる、
6) 倒れそうで不安、7) その他 (_____)
- めまいが起きたのはいつですか。
- 日前、 週間前、 か月前、 月 日、 はっきりしない
- めまいが起きた時、何かきっかけがありましたか。
- 1) なし (突然起きた)、2) 頭を動かした時 (上を向く、下を向く、横を向く、振り返る)、
3) 横になって耳 (右、左) を下にした時、寝返りをした時、4) 急に立ち上がった時、
5) その他 (_____)
- めまいは繰り返し起こっていますか。
- 1) 1回だけ
2) 2回以上 (その頻度は1日 回、週 回、月 回、年 回)、
3) ずっと続いている (良くなっている、変わらない、悪くなっている)
- めまいはどの位の時間続きますか。
- 1) 瞬時的、2) 数分、3) 数十分、4) 数時間、5) 1日、6) 2~3日
7) ずっと続いている、8) その他 (_____)
- めまいの前後で以下のような症状がありましたか。
- A 1) 耳 (右、左) が聞こえにくかった、2) 耳鳴り (右、左) がした
3) 耳 (右、左) がつまんだ感じがした、4) 音がひびいて聞こえた
- B 1) 頭が痛かった、2) 顔、手、足が動かなくなった、3) ろれつが回らなくなった、
4) のみこみにくくなった、5) 物が2つにみえた、6) 顔、手、足がしびれた、
7) 意識を失った、8) けいれんした
- C 1) 気分が悪くなった、2) 吐きそうになった、3) 吐いた、4) 冷や汗が出た、
5) 手や足が冷たくなった、6) 動悸がした
- 今回のめまいについて、気になることや治療についての希望などがあればご記入下さい。
- (_____)



豊島耳鼻咽喉科クリニック