

めまい問診票

お名前 _____

1. 今回のめまいはいつごろから始まりましたか？

(月 日 時頃から) / () 日前から () 力月前から

2. 同様のめまいは初めてですか？ 以前にもありましたか？

初めて 以前にもある。(いつ頃ですか？: _____)

3. どのようなめまいですか？

ぐるぐる回る感じ 頭がふわふわする感じ 目の前が暗くなる

立ちくらみの様な感じ その他(_____)

4. めまいはどのようなときに起きましたか？

立ち上がった 頭を動かした ふりむいた 寝返り 朝起きたとき

5. めまいはどれくらいの時間続きましたか？

() 秒間 () 分間 () 時間

() 日間 今も続いている

6. めまいに伴って下記の症状はありますか？(複数回答可)

吐き気、嘔吐 頭痛、首の痛み 呂律が回らない

手足に力が入らない 手足や顔面のしびれ 物が二重に見える

耳鳴り 聞こえにくい

その他(_____)

7. 他院でめまいに関して診療を受けたことはありますか？

またこの際にどのような病状説明を受けましたか？具体的にお書き下さい。

はい(_____)

いいえ

8. ほかに気になることがございましたらご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。