

# 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 ( ) カ月前から

2. 同様のめまいは初めてですか？ 以前にも有りましたか？

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

ご記入ありがとうございました。