

めまい問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 —		
電話番号			

今回（一番最近）のめまいはいつ頃ですか？ 年 月 日 朝 昼 夜 時頃
めまいの頻度はどのくらいですか？当てはまるものにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 繰り返している <input type="checkbox"/> 持続している（ <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> 軽快してきている）
どのようなめまいですか？ <input type="checkbox"/> はっきりした回転感 <input type="checkbox"/> ゆらゆらなどの浮動感・浮遊感（まっすぐ立っていられない・バランスがとれない感じ） <input type="checkbox"/> 気が遠くなるような感じ <input type="checkbox"/> その他（ ）
めまいはどれくらい続きましたか？ <input type="checkbox"/> 瞬間～数秒 <input type="checkbox"/> 5分未満 <input type="checkbox"/> 5分以上～10分未満 <input type="checkbox"/> 10分以上～20分未満 <input type="checkbox"/> 20分以上～数時間 <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 数日（ ） 日間 <input type="checkbox"/> 3か月以上 <input type="checkbox"/> ずっと続いている（持続性） <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり（突発的で反復） <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 覚えていない
めまいにともない難聴・耳鳴・耳のつまった感じはありますか？ <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両耳） <input type="checkbox"/> 普段からある <input type="checkbox"/> なし
めまい発症時や発症前後に以下の症状はありましたか？ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> かぜ症状（発熱・咽頭痛・鼻閉感） <input type="checkbox"/> 目の前が暗くなった <input type="checkbox"/> 物が二重にダブって見えた <input type="checkbox"/> 顔、唇、手足などにしびれを感じた <input type="checkbox"/> 呂律が回らず上手く話せなくなった <input type="checkbox"/> ものが呑み込めずむせた <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 手足の冷感 <input type="checkbox"/> 顔のほてり <input type="checkbox"/> その他（ ）
めまいがしたとき何をしていましたか？ <input type="checkbox"/> 目が覚めた時 <input type="checkbox"/> 起き上がった時 <input type="checkbox"/> 寝返った時 <input type="checkbox"/> 首を回した時（ <input type="checkbox"/> 上を向く <input type="checkbox"/> 下を向く <input type="checkbox"/> 右/左を向く <input type="checkbox"/> 後ろを振り返る） <input type="checkbox"/> 急に立ち上がった時 <input type="checkbox"/> 歩いている時 <input type="checkbox"/> 疲れを感じた時 <input type="checkbox"/> 睡眠不足の時 <input type="checkbox"/> よく覚えていない <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。ご記入されました個人情報については当院での診療以外には使用いたしません。