

問診票【めまい】

ID _____ 氏名 _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

下記の質問にお答えください。記入された方は、受付にお出してください。

1. いつからはじまりましたか？
いつ頃から：（ _____ ）
2. めまいの性質を教えてください。当てはまればどちらかを選んでください。
（ 周りが回転する ・ ふわふわするが回転しない ）
3. めまいがあるときに、立っていられますか？ （ はい ・ いいえ ）
4. めまいの頻度についてお聞きします。下記のどちらかをお選びください。
（ いつもめまいがある ・ めまいが出現したり消えたりする ）
5. めまいが出現したり消えたりであれば、回数を日に数回や10分に数回など具体的に教えてください。
（ _____ ）
6. めまいが出現したり消えたりであれば、1回の痛みはどれだけの時間続きますか？
（ _____ ）
7. めまいが始まって耳鳴りがはじまりましたか？ （ はい ・ いいえ ）
8. めまいが始まって耳が詰まった感じがありますか？ （ はい ・ いいえ ）
9. めまいが始まって耳の聞こえにくさを感じますか？ （ はい ・ いいえ ）
10. めまいに伴って何か気になる症状がありましたか？ （ はい ・ いいえ ）
* あれば、教えてください。
（ _____ ）
11. 吐き気や嘔吐はありますか？ （ はい ・ いいえ ）
12. めまいに伴って手足がしびれたり動きにくく感じましたか？
（ はい ・ いいえ ）
13. めまいが悪くなる体勢や状況がありますか？ （ はい ・ いいえ ）
14. めまいが楽になる体勢や状況がありますか？ （ はい ・ いいえ ）
15. めまいに関して今までに検査・治療をしたことがあれば教えてください。
（ _____ ）