

めまい問診票

氏名 _____

* ()内に記入、もしくは項目に○をつけてください。(○は複数でもかまいません)

1. いつからですか。()

2. どのようなめまいですか。

周りがぐるぐる回る・自分がぐるぐる回る・体がふらふらする・ふわふわする

目の前が暗くなる・意識がなくなる・倒れそうで不安・その他()

3. めまいはどのような時に起こりましたか。

突然起こった・急に頭や首を動かした時・朝寝床で目覚めた時・急に立った時

横になった時、寝返りうった時、枕に頭を付けたとき、起き上がろうとした時

その他()

4. めまいはどのくらい続きますか。

瞬間的・10秒くらい・数分間・数時間・1日・それ以上

5. めまいを繰り返しますか。 はい・いいえ

6. めまいが起きている間やその前後にどのような事がありましたか。

耳が聞こえなくなった・音が響いて聞こえた・耳鳴りがした・耳が詰まったように感じた

頭痛がした・意識がなくなった・物が二重に見えた・顔、手、足が動かなかった

物が言いにくかった・飲み込みにくかった・吐きそうになった、吐いた

7. 今まで同じような事がありましたか。 あり・今回は初めて

8. 最近、頭の検査(MRI)をしましたか。 はい・いいえ

