

# めまい問診票

ふりがな		男	めまい発作日時
お名前			

★わかる範囲でご記入ください。わからない項目は空欄のままです。

- ① どのようなめまいですか？ 近いものに  チェックしてください。
- 回転する（グルグル回る）感じ ⇒ 歩くと（左・右）へ寄っていく感じ  
 ふらつく（フラフラする）感じ  
 目の前が暗くなる・立ちくらみの様な感じ  
 その他（ ）
- ② めまいの起こるきっかけは何かありましたか？ （ある・ない）  
 あるの方、きっかけに近いものに  チェックしてください。
- 立ち上がった  頭を動かした  振り向いた（首を回した）  寝返り  
 起床や臥床  入浴  飛行機に乗ったり、高い山に登った  
 その他（ ）
- ③ めまいに伴う症状がありますか？ （ある・ない）  
 あるの方、次の症状に  チェックしてください。
- 頭痛  ろれつが回らない  左右の体のどちらかに痺れがある  
 手足に力が入りにくい  意識を失った  物が二重に見える  
 耳鳴り  聞こえにくい  耳がふさがった感じがする  吐き気・嘔吐  
 その他（ ）
- ④ めまい発作はどれ位の時間持続しますか？ 一番近いものに記入してください。  
 （ ）秒 （ ）分 （ ）時間 （ ）日
- ⑤ めまい発作は初めて（単発）ですか？ それとも繰り返していますか？
- 初回／単発  
 繰り返す⇒どれ位の頻度で繰り返しますか？一番近いものに記入してください。  
 （ ）/日 （ ）/週 （ ）/月 （ ）/年
- ⑥ 聞こえや耳の症状について・・・該当するものに チェックしてください。
- めまいの起こる以前と聞こえは変わらない  
 めまいとほぼ同じ時期から聞こえが悪くなった。または以前より悪化した  
 めまいが起こる以前と耳鳴りは変わらない  
 めまいとほぼ同じ時期から耳鳴りする。または以前より悪化した  
 めまいの起こる以前と耳がふさがった感じは変わらない  
 めまいとほぼ同じ時期から耳がふさがった感じがする。または以前より悪化した
- ⑦ 頭痛のある方・・・該当するものに チェックしてください。
- 以前から頭痛もちである ⇒診断名がある場合はご記入下さい（ ）  
 頭が割れるようなひどい頭痛がある  
 頭痛がある時に手足のしびれや手足に力が入りにくい感じがある
- ⑧ 以前に耳鼻科にてメニエール病と診断されたことがある （ある・ない）

★問診のお答えに虚偽の記載があった場合は診断が著しく健康を害することがありますのでご注意ください。