

めまい問診票

氏名： _____

本日の血圧 (/)

1. めまいは、いつ起きましたか？

・ () 年 () 月 () 日 午前・午後 () 時頃

2. 今現在、めまいが起きていますか？ (はい ・ いいえ)

3. 今回が全く初めてのめまい発作ですか？ (はい ・ 以前にもあった)

・ 以前にもあったと答えた方 → () 年 () 月 () 日頃

4. どのようなめまいでしたか？

・ まわりがぐるぐる回る ・ 立ちくらみのようにくらっとする

・ 自分の体が宙に浮いたようにふわふわする ・ 船酔いのような感じ

・ 歩くと体がふらふらする ・ よろける (右または左に傾く)

・ その他 ()

5. めまいを感じたとき、あるいはその直前、何をしていましたか？

・ 急に (横を向く、振り返る、上を向く、下を向く、その他 _____)

・ 朝寝床で目覚めた ・ 寝返りをした ・ 枕に頭をつけた

・ 急に立ち上がった、または急にかがんだ ・ 歩いていた

・ その他 ()

6. めまいはどのくらいの時間、続きましたか？

・ ほぼ瞬時的 ・ 数分～数十分くらい ・ 数時間～1日くらい ・ 2～3日くらい

・ ずっと続いている ・ はっきりわからない

7. めまいの頻度はどのくらいですか？

・ 1回だけ起きた。

・ 2回またはそれ以上起きた 頻度は () 回 / 1日・1週間・1ヶ月

8. めまい以外に以下の症状はありましたか？ 該当するものに○をつけてください

・ なし ・ 耳鳴り ・ 耳が詰まった感じ ・ 聞こえづらさ ・ 目の見えづらさ

・ 頭痛 ・ 頭が重い感 ・ 肩や首のこり ・ 吐き気、嘔吐 ・ シャベりにくさ

・ 歩きにくさ ・ 手足のしびれ ・ その他 ()

9. 以下のようなご病気がありますか？ 該当するものに○をつけてください

・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 貧血 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症

・ 心臓の病気 ・ 肝臓の病気 ・ 腎臓の病気 ・ 神経系の病気 ・ 甲状腺の病気

・ 婦人科の病気 ・ 整形外科の病気 ・ 悪性腫瘍 ・ なし

・ 過去に手術を受けたことがある (手術名：)