

## めまいの問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 年 月 日記入

- 1) 今回のめまいは初めてですか？  
・今までに同じめまいを繰り返していますか？ どのくらいの頻度ですか？
  
- 2) 今回のめまいは何月 何日 何時に起こりましたか？  
・どこで何をしている時ですか？
  
- 3) 今日のめまいの具合はいかがですか？
  
- 4) どのようなめまいですか？○をつけて下さい。  
・回転する・フワフワする・流れる・ふらつく・その他( \_\_\_\_\_ )
  
- 5) じっと横になっても続くめまいですか？
  
- 6) 寝返り・横になる・起き上がる・顔を上げるなどの動作をする時に起こりますか？
  
- 7) めまいの時に耳鳴りや聞こえの悪さ・耳の詰まった感を伴いますか？  
・どちらの耳ですか？
  
- 8) めまいの時に伴う症状があれば○をして下さい。  
物が2つに見える・口がもつれる・手足のしびれや麻痺が起こる・意識を失う  
目の前が暗くなる・頭痛
  
- 9) 数分続くが静かにしていると一旦止まるようなめまいですか？
  
- 10) 最近頭部のMRIやCTの検査を受けましたか？
  
- 11) 今回のめまいで診ていただいた医療機関はありますか？