

問診票（めまい用）

お名前 _____ 殿 電話番号 _____

現住所 〒 _____

1) 最初のめまいについてお伺いします。

- ・ いつおこりましたか？ （ _____ 頃）
- ・ その時何をしていましたか？ （当てはまるものに○；複数可）
何もしていなかった / 寝ていた(じっとしていた) / 寝ていて起き上がった /
寝返りした / 頭を動かした / 立ち上がった / 運動中あるいは動いていた /
その他；
- ・ どのようなめまいでしたか？
グルグル回った / 景色が横に流れた / 乗り物酔いのような / フワフワした /
立ちくらみ / 目の前が真っ暗になった / 歩きにくかった
その他；
- ・ 1回のめまいはどれぐらい続きましたか？
瞬間～1分以内 / ～10分以内 / ～半日以内 / ～3日ぐらいで治まった。
1日中続く / (他院で)治療を受けるまで続いた / 今も続けている。

2) その後めまいは反復していますか？

その後も何回か起こった / 毎日起こる / 1回きり / 最初から持続中

3) めまいに伴った症状はございましたか？

特になかった / 難聴 / 耳鳴り / 吐気・嘔吐 / 耳がつまった感じ
手足がしびれた・力が入らなかった / 目の前が真っ暗になった
その他；

4) (今回のめまいで)他の医療機関で検査・治療を受けましたか？

ある方は具体的に；

5) 既往歴について；特に下記の既往はございませんか？

メニエール病 / 耳疾患 / 糖尿病 / 脳血管障害 / 心臓病 / 緑内障
その他；

6) その他、伝えておきたい事項など