

めまい問診票

氏名\_\_\_\_\_

当てはまるものに○をつけてください。

1, どのようなめまいでしょうか? ・ぐるぐる ・ふわふわ ・くらくら  
・その他( )

2, 嘔気、嘔吐 あり ・ なし

3, めまいは、どのくらい続きますか?

\_\_\_\_秒間 \_\_\_\_分間 \_\_\_\_時間

4, めまいは、どのようなとき起きますか?

頭を動かした時 立ち上がった時 誘因なし

5, 難聴 :あり (右 左 両方) ・ なし

6, 耳鳴 :あり (キーン ジー ブーン) (右 左 両方) ・ なし

7, 手足のしびれ :あり ・ なし

8, 呂律の異常 :あり ・ なし

9, 意識が遠のくような感じ:あり ・ なし

10, 耳の中で、ものがはじけるような音がしたことがありますか?

あり ・ なし

11, 過去にめまいの経験 :あり (いつ頃 ) なし

12, 既往歴:あり

中耳炎、頭部外傷、糖尿病、高血圧、脳梗塞、脳出血、  
その他\_\_\_\_\_

なし