

## 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. 今回のめまいはいつからですか? 発症日\_\_\_\_\_
2. 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 ( )
3. 嘔気、嘔吐はありますか?           あり ・ なし
4. めまいは、どのくらい続きますか?    \_\_\_秒間 \_\_\_分間 \_\_\_時間
5. 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
6. 難聴    あり(右 左 両方) ・ なし
7. 耳鳴    あり(キーン ジー ブーン)(右 左 両方) ・ なし
8. 手足のしびれ    あり ・ なし
9. 呂律の異常       あり ・ なし
10. 意識が遠のくような感じ    あり ・ なし
11. 耳の中で、ものがはじけるような音ができる    あり ・ なし
12. 過去にめまいの経験    あり(いつ頃           ) ・ なし
13. 既往歴   あり ・ なし \*ありの場合は項目に○をつけてください。  
中耳炎・頭部外傷・糖尿病・高血圧・脳梗塞・脳出血・その他\_\_\_\_\_