

めまい問診表

氏名 () 年齢 (才) 性別 (男・女) 職業 ()

記入年月日 平成 年 月 日

◎次の質問は、どれもあなたのめまいを診断する上に大切な事項ですから、よく読んで該当するものの番号を○で囲んでください。

A. あなたの”めまい”はいつからですか？ ()

B. あなたの”めまい”は次のどれですか？

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1. まわりのものや自分がぐるぐる廻る。 | 5. 意識を失ってしまう。 |
| 2. 雲の上を歩いているようにふわふわする。 | 6. 立ちくらみする感じ。 |
| 3. 体が左右に倒れそうになる。 | 7. その他 () |
| 4. 目の前が真暗になる感じ。 | |

C. ”めまい”はどんな時に起こりましたか？

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1. 突然に起こる。 | 7. 過労、気疲れ、寝不足の時。 |
| 2. 目覚めたらフトンの中で。 | 8. 天気や季節の変わり目に。 |
| 3. 寝返りを打った時に。 | 9. 立っている時に。 |
| 4. 首や頭をある位置に動かしたときだけに。 | 10. 歩く時に。 |
| 5. 布団から起きあがったときに。 | 11. 他にあれば具体的に書いてください。
() |
| 6. 急に立ち上がった時に。 | |

D. ”めまい”はどれくらい続きますか？

- | | | | |
|----------|-----------|-------------|------------|
| 1. 一瞬 | 2. 10～30秒 | 3. 1～2分 | 4. 10分～1時間 |
| 5. 4～6時間 | 6. 半日 | 7. それ以外 () | |

E. 平均するとどの位の頻度で起こりますか？

- | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|
| 1. 今回初めて | 2. ほとんど毎日 | 3. 1週に1～2回 | 4. 1ヶ月に1～2回 |
| 5. 1年に3～6回 | 6. 1年に1～2回 | 7. 2～3年に1回 | 8. 今回 回目 |

F. ”めまい”以外の症状についてあれば○を

- | | | |
|---------------------|-------|-------------|
| 1. 片耳または両耳の聞こえが悪い。 | (右・左) | (以前から・今回急に) |
| 2. どちらか片側の耳で耳鳴りがする。 | (右・左) | (以前から・今回急に) |
| 3. 最近視力が急に悪くなった。 | (右・左) | (以前から・今回急に) |
| 4. 顔の皮膚の感覚がなくなった。 | | (以前から・今回急に) |
| 5. 食物の味が変に感じる。 | | (以前から・今回急に) |
| 6. 物を飲みにくかったりむせやすい。 | | (以前から・今回急に) |
| 7. 舌がもつれて話しにくい。 | | (以前から・今回急に) |
| 8. 臭いがわかりにくい。 | | (以前から・今回急に) |
| 9. 物が2重に見える。 | | (以前から・今回急に) |
| 10. 顔の動きが悪い。 | | (以前から・今回急に) |
| 11. 声がかすれる。 | | (以前から・今回急に) |
| 12. 頭痛がする。 | | (以前から・今回急に) |
| 13. 手足がしびれる。 | | (以前から・今回急に) |
| 14. 歩く時足がもつれる。 | | (以前から・今回急に) |
| 15. 物忘れがひどくなった。 | | (以前から・今回急に) |