

# めまい問診票

お名前（ ） 年齢（ 歳） 性別（ 男・女 ） 職業（ ）

記入年月日 令和 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回る。   | 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. 目覚めたら布団の中で。         | 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時だけに。 | 10. 歩く時に。                    |
| 5. 布団から起き上がった時に。       | 11. 他にあれば具体的に書いてください。<br>( ) |
| 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○をつけてください。

- |                      |           |                 |
|----------------------|-----------|-----------------|
| 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. 物が二重に見える。         |           | ( 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 ) |