

めまい問診表

年 月 日

お名前 _____

カルテ No _____

1 めまいがおきたのはいつですか？出来るだけ具体的に書いてください

めまいがおきた日付 _____年____月____日____時頃

2 その時のめまいは、どんなめまいでしたか？

- まわりがグルグルまわるめまい(回転感)
 - まわりがグラグラ揺れるようなめまい(動揺感)
 - 体や頭がフワフワして、浮いているようなめまい(浮動感)
 - 目の前が真っ暗になるような感じ(眼前暗黒感)
 - その他(具体的に書いてください)
-

3 そのめまいはどのくらい続きましたか？

- _____秒間 • _____分間 • _____時間
- 半日ぐらい • ほぼ丸1日 • _____日間

4 めまいの様子について教えてください

- 動かないで安静にしてもおきる
 - 頭や体を動かすとおきるが、安静にしているとおさまる
 - 起きあがるときや立ち上がる時におきる
 - 頭を特定の方向にむけるとおきる
 - その他(具体的に書いてください)
-

5 めまいがおきたとき、めまい以外の症状はありましたか？

- 聞こえが悪くなった •耳鳴りがした
 - 大きな音が耳に響いたり、エコーがかかった感じだった
 - 吐き気や嘔吐があった •手足や顔面がしびれた •頭痛、頭重感があった
 - 目の前が真っ暗になったり、真っ白になって見えなくなった
 - ものが二重に見えたり、焦点が合わなくなった
 - ろれつが回らなくて、言葉がうまく話せなかった
 - その他(具体的に書いてください)
-