

めまい問診票

お名前:

お手数ですが、次に当てはまる症状に○をお付け下さい。

今回のめまいは大体いつからですか？ (_____ 時間、日、月、年 前から)

今回のめまいは何回目ですか？

初めて 2-3回目 頻回に繰り返す

2回目以上の方は、前回のめまいはいつごろでしたか？

_____ 日前 _____ ヶ月前 _____ 年前 覚えていない

めまいと一緒にまたはその前後に何か他の症状を感じますか？

感じる 耳鳴り 耳のつまり感 聞こえの悪化 音が響く
感じない

めまいは一度生じるとどれくら持続していますか？

一瞬のみ 数分 数10分 数時間 半日以上止まらない

どのようにするとめまいが生じたり悪化しますか？

動いたとき 安静にしている目がまわる
立ち上がったとき
頭を上下 左右に 動かしたとき

他院にて今回の発作について検査・治療等されましたか？

行っている 行っていない
(CT MRI 結果)

ストレスや睡眠不足はありますか？

ある ない

手足のしびれや、しゃべりにくさを感じましたか？

感じた 感じていない