

1. いつからめまいが始まりましたか？
2. どのようなめまいでしたか？
 - ・回転性（ぐるぐるまわる）
 - ・浮動性（ふわふわ・まわりの景色が流れる感じ）
 - ・目の前が真っ暗になる感じ
 - ・立ちくらみのよう ・その他
3. 何をしているときに、めまいが始まりましたか？
4. めまい発作時に耳の症状がありましたか？
 - ・なし
 - ・耳鳴り（右・左・不明）
 - ・聞こえにくい（右・左・不明）
 - ・耳が詰まった感じ（右・左・不明）
5. めまいが悪化する姿勢・体位などがありますか？
 - ・なし
 - ・寝たり起きたりする時
 - ・寝返りをうつ時（右・左）
 - ・（上・下・右・左）を向く時 ・その他
6. 現在の症状はいかがですか？
 - ・めまい（なし・回転性・ふわふわ・立ちくらみ様・その他）
 - ・耳鳴り（なし・あり）
 - ・聞こえ（異常なし・聞こえ悪い）
7. めまいは今回が初めてですか？
 - ・はじめて
 - ・初めてではない（めまいが初めて起こった時期は？）
8. 今までに、めまいの治療を受けたことがありますか？
 - ・なし
 - ・あり
 - （・病院名
 - （・診断名
 - （・治療内容
9. 睡眠はとれていますか？ 異常なし・寝つきが悪い・何度も目が覚める
10. ストレス(多忙・心配事など) はいかがですか？ なし・あり
11. 頭部のMRI・CT検査を、1年以内に受けたことがありますか？
 - ・なし
 - ・あり (病院名
 - (結果