めまい問診票　ID(　　)　氏名(　　)

201　.　.

診療の参考にさせていただきますのでおわかりの範囲でご記入ください。

1. 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？

2. 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

3. 今回は、いつからめまいが始まりましたか？

4. 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

   ＊めまいの持続時間はどのくらいでしたか？　（　　）

5. 何をしているときに、めまいが起こりましたか？

6. 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）

7. 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

8. 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）　＊耳鳴りの性状は？（　　）
   - 聞こえ（異常なし・右耳悪い・左耳悪い）

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. 1年以内に、頭部のMRI・MRA検査を受けたことがありますか？　なし・あり

（ありの方）
- 病院名
- 異常なし　・異常あり（　　）