

氏名 _____

問診票 (めまい)

1 症状はいつからですか？

_____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から

2 どんな体勢のときにめまいがありますか？

- ・寝返りを打った時 ・頭を動かした時 ・起き上がった時 ・立ち上がる時 ・歩いている時
- ・座っていると時 ・体勢に関わらずずっと ・その他 ()

3 どのようなめまいがしましたか？

- ・グルグル回るめまい (回転性) ・フラフラめまい ・その他 ()

4 気分が悪いのはしばらく続くと思いますが、めまいが実際にあったのはどのくらいの時間ですか？

- ・一瞬～数秒 ・十数秒 ・数十秒 ・数分 ・30分以上 ・数時間 ・一日中

5 以下のような症状はありますか？

- ・聞こえにくさ (右・左) ・耳鳴り (右・左) ・耳閉感 (右・左)
- ・なし

6 5で症状のある方は、その症状はいつからありますか？

- ・今回めまいがしてから ・元々あったがひどくはなっていない
- ・元々あったがさらにひどくなった

7 めまいで他の病院を受診されましたか？

はい / いいえ

病院名 ()

診断結果 ()

8 以前も同じようなめまいがありましたか？

はい いいえ

9 以前も同じようなめまいがあった方は、どれくらい前に何回ありましたか？

()