

めまい問診表2

こだま耳鼻咽喉科クリニック

氏名

記入年月日

年

月

日

下記の該当する部に○をつけて下さい。

1. いつめまいがおこりましたか？

(最近のめまいとは？)

a) 朝起きた時

b) 日中, 工作中

c) その他()

2. どの様なめまいでしたか？

a) 回転性(右, 左)

b) 船に乗った様に左右にフラフラ
する感じ

c) その他()

3. めまいはどのくらい続きましたか？

a) 数秒間～数十秒

b) 数分間～数十分

c) 数時間～半日

d) 翌日まで

e) その他()

4. どんな時にめまいが起こりまし
たか？

a) 寝て起きあがる時

b) 頭を動かした時

* 頭の位置

(右頭を傾けた時, 左に頭を傾けたとき
前屈, 後屈)

5. 以前にもめまいはありましたか？

a) 今回初めて

b) 以前にもあった

* それはいつですか

* 何回ありましたか

6. めまいの時, 吐き気又は吐きましたか

a) 吐き気があった

b) 吐いた

c) 無し

7. めまいの随伴症状について

a) 耳鳴り (右 左 無し)

めまいとほぼ同じ時期

めまいの起こるだいぶ前

めまいと関係なし

b) 耳がつまった感じ(右 左 無し)

c) 聞こえが悪い感じ(右 左 無し)

めまいとほぼ同じ時期

めまいの起こるだいぶ前

めまいと関係なし

8. 歩く時, 右か左に偏りますか？ (右 左 無し)

9. 風邪をひいていますか？

(はい いいえ)