

耳鼻科 めまい問診票

受診日 _____

ID: _____

名前: _____

「めまい」を正しく見分けて治すために、あなたの「めまい」がどのようなものかを、できるだけ詳しく教えてください。

1. あなたの「めまい」はどのような感じですか？

- 自分が回る、まわりが回る感じ
- 自分または周囲がどんどん流れて動いてゆくような感じ
- 立っていたり、歩いたりするときにフラフラしてよろけそうな感じ
- じっとしているのに体がゆらゆら揺れているような感じ
- 気が遠くなりそうな、頭から血の気が引くような感じ
- 目の前が暗くなって意識がなくなりそうな感じ
- その他 (_____)

2. あなたの「めまい」はどれくらいの時間続きましたか？

(何回もおこっているときは、1回のめまいが止まるまでの時間を教えてください)

- 一瞬か数秒くらい
- 10秒から1分くらい
- 数分から10分くらい
- 数十分から数時間、半日くらい
- 一日以上あるいはずっと
- その他 (_____)

3. 「めまい」がおこるときに何か他の症状はありますか？

- 耳鳴りや耳が詰まるような感じがする
- ろれつが回りにくい、うまく話せない
- 頭痛がある (頭全体がしめつけられる 頭の片側が痛い)
- 体の半分がしびれて感覚がにぶい、手足が動かない
- その他 (_____)

4. いま治療中あるいは以前にかかった病気はありますか、お薬を飲んでいますか？

- 高血圧 (くなり) 糖尿病 (くなり)
- 不整脈 (くなり) 狭心症・心筋梗塞 (くなり)
- 高脂血症 (コレステロール、中性脂肪) (くなり)
- 貧血 (くなり)
- その他 (_____)

内服中の薬の名前 _____

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

南大沢メディカルプラザ