

大倉山耳鼻咽喉科 めまい問診票

お名前： _____

カルテ番号： _____

1. 気になっている「めまい」の症状は

- 回転性のめまい： 自分自身がグルグル回る感じ、 自分の周りがグルグル回るように見える
- 浮動性のめまい： からだがフワフワした感じでふらつく まっすぐ歩けない、 姿勢を保つのが難しい
- たちくらみのようなめまい： 立ち上がるとクラッとする 目の前が暗くなる、 失神する

2. 「めまい」はいつごろからですか？

- 今日から () 日前から () ケ月前から () 年前から

3. 「めまい」が起こった時間帯とその時の状況

- 朝：目覚めた時、出勤前、その他 ()
- 昼：工作中、家事中、その他 ()
- 夜：就寝前、就寝中、その他 ()
- 頭をうごかしたとき (寝ていて起き上がったとき、寝返りをした時など)

4. 「めまい」が続いた時間

- 数秒～10分 10分～数時間 半日～1日 1日～数日持続性 持続性

5. 今までに「めまい」を経験した回数

- 今回初めて _____ 回 (前回めまいが起こった時期： _____ 年 _____ 月頃)

6. 「めまい」以外に気になる症状

- 吐気 嘔吐
- 聞こえが悪い 耳がつまった感じ 耳鳴り 頭痛
- 顔面や手足のしびれ ろれつが回らない 飲み込みにくい 物が二重に見える
- その他 ()

7. 最近の自分にあてはまるものありますか？

- 肉体的疲労 精神的疲労 睡眠不足 生活環境の変化
- 心配事 鼻づまり アレルギー 風邪
- 歯の治療 整骨院マッサージ 頭のけが ()
- 特になし その他 ()

8. 血圧はどうですか？

- 正常 高血圧のくすりを飲んでいます 低め わからない

9. 「めまい」で受診したことのある診療科 ・ 検査

- 受診経験なし 内科 脳神経外科 耳鼻科 その他 ()
- CT MRI

ご協力ありがとうございました。