

めまい問診票 お名前

1: めまいが発生した日時、回数をご記入下さい (年 月 日 時頃)

2: どのようなめまいですか？ 近いものに☑をして下さい

- ぐるぐる回る感じ ふらつく感じ 目の前が暗くなる 立ちくらみ
その他 (ご自由にお書き下さい)

3: めまいが起きたときに何をしていましたか？

- 立ち上がった 頭を動かした ふりむいた 寝返り 朝起きたとき

4: めまいの発作はどれくらいの時間続きましたか？

- () 秒 () 分 () 時間
 () 日 今もずっと

5: めまいに伴って下記の症状はありますか？

- 頭痛 呂律が回らない 手足に力が入らない 意識を失った
物が二重に見える 耳鳴り 聞こえにくい 耳の閉塞感
その他 (ご自由にお書き下さい)

6: めまいの精密検査として、MRIなどの画像検査、眼球運動を記録する検査などが挙げられます。今回他の専門施設(総合病院)での精密検査を希望されますか？

- はい
いいえ (※いいえにチェックされても、診察の結果により精密検査を指示する場合がございます)
診察の状況により判断します

7: 他院でめまいに関して診療を受けたことはありますか？ またこの際にどのような病状説明を受けましたか？具体的にお書き下さい。

- はい
(具体的に)

いいえ

8: その他気になることがありましたらお気軽に下記にお書き下さい。