

【めまい 問診票】

氏名 _____ 年 月 日

1. めまいはいつからありますか？ _____
2. 以前にも同じようなめまいを自覚したことはありますか？
(はい ・ いいえ)
3. めまいがするとき、
船の上でゆらゆらするようなめまいですか？ (はい ・ いいえ)
天井が回転するようなめまいですか？ (はい ・ いいえ)
4. めまいは日常生活の動作で悪化しますか？ (はい ・ いいえ)
5. めまいはどれぐらいの時間続きますか？ _____
6. めまいは安静にしていると改善されますか？ (はい ・ いいえ)
7. めまいがするとき、耳鳴りを伴うことはありますか？
(はい ・ いいえ)
8. めまいがするとき、頭痛を伴うことはありますか？
(はい ・ いいえ)
9. めまいがするとき、吐き気や嘔吐を伴うことはありますか？
(はい ・ いいえ)
10. めまいがするとき、動悸を伴うことはありますか？
(はい ・ いいえ)