

めまいの患者さんへ

来院日 年 月 日

お名前 _____

1.めまいの状態についてお聞かせください。

★ぐるぐる天井等がまわりますか?○で囲んで下さい。 まわる まわらない

★ふわふわしたり、ゆれる感じがしますか?○で囲んで下さい。 はい いいえ

①そのめまいは、一旦おさまるまでどの位続きますか? 時間位 分位 秒位

一旦じっとしていたらおさまり、体動などでくりかえし起こりますか? はい いいえ

②そのめまいはいつごろからおこりましたか?ご記入ください。

※ 今回初めてで 月 日 から

※ 以前にも起こしたことがあり、初めて起こしたのは、 年 月頃

※ 今回は、何回目のめまいですか? 大体 回目

※ 以前にめまいを起こされた時に病院や医院等で検査や治療を受けられた方にお尋ねします。

当てはまるもの全てを○で囲んでください。

・入院した ・点滴をした ・飲み薬をもらった(薬の名前)

・めまいの検査を受けた

(聴力検査、耳のレントゲン、体のバランスの検査、耳にお湯を入れる検査)

③どのようなきっかけでめまいが起きましたか? ○をつけて下さい。

・起床時に起き上がろうとした時 ・突然起こった

・頭の向きを上下左右に変えた時 (側に向けた時)

・その他()

2.めまいに伴う、下記の症状があれば、○をなければ×をつけてください。

() 吐き気 () 意識が遠のく () 手足のしびれ () 立ちくらみ

() 耳が聞こえにくい () 耳鳴り () 耳のこもった感じ () 頭痛

() その他()

3.下記の病気やけがについて、今までにかかったことがある方は○を、ない方は×をつけてください。

() 高血圧 () 低血圧 () 糖尿病 () 結核

() 胃潰瘍 () 十二指腸潰瘍 () 頭の大きなけが () 貧血

() 脳卒中 () 心臓病 () 緑内障 その他 【 】