

めまい、問診表

2007.8.1 作成

氏名 _____ 年齢 _____ 男・女 記入者 _____ 記入年月日 _____

1・今回のめまいはいつから始まりましたか。()

2・あなたの「めまい」は次のどれにあたりますか

- (1) ぐるぐる廻る感じ。
- (2) ふらふらする感じ。
- (3) 体が倒れそうになる感じ。
- (4) 地面が沈み込んでいくような感じ。
- (5) 目の前が暗くなる感じ。
- (6) 寝ると頭が沈み込んでいくような感じ。
- (7) 体を後ろから引っ張られているような感じ。
- (8) 見ているものが遠くなったり近くなったりする。
- (9) 物が二重になったりぼやけて見えたりする。
- (10) その他 ()

3・「めまい」はどんな時に起こりましたか

- (1) 突然起こった。
- (2) 寝返りを打ったときに起こった。
- (3) 首をある位置に動かした時だけ起こる。
- (4) 急に立ったりかがんだりした時に起こる。
- (5) 頭を急に動かした時に起こった。
- (6) 激しい運動の後に起こった。
- (7) 暗い所を歩いている時に起こった。
- (8) 物を見ているときに起こった。
- (9) 月経の前後に起こった。
- (10) 疲れたり、夜更かし、寝不足の時に起こった。
- (11) その他 ()

4・「めまい」の時だけ現れる症状はありますか

- (1) 片方の耳の「耳鳴り」「難聴」「詰った感じ」がある。
- (2) 以前からの「耳鳴り」「難聴」「詰った感じ」がひどくなる。
- (3) 首や肩が凝ったり、痛くなる。
- (4) 顔が青くなったり、冷や汗が出る。
- (5) 吐き気がしたり、吐いたりする。
- (6) 頭痛がする。
- (7) 体全体に力が入らなくなる。
- (8) 見ているものがゆがんで見えたり、見える範囲が狭くなる。
- (9) 眼の奥のほうが痛くなる
- (10) その他 ()