

めまい症状用問診票（耳鼻咽喉科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo.

ふりがな	
お名前	さま

- ①めまいは初めてですか？ （いいえ・はい）
 以前にあった場合、それはいつ、どのように起こりましたか？
 （ ）頃から（突然・徐々）に
- ②今回のめまいはいつ、どのように起こりましたか？
 （ ）頃から（突然・徐々）に
- ③その時何をしていましたか？
 （何もしていなかった・寝ていた・寝ていて起き上がった・寝返りした・頭を動かした・立ち上がった・運動中あるいは動いていた・その他（ ））
- ④どのようなめまいでしたか？
 （グルグル回った・景色が横に流れた・乗り物酔いのような・フワフワした・立ちくらみ・目の前が真っ暗になった・歩きにくかった・その他（ ））
- ⑤1回のめまいは開始時からどれくらい続きましたか？
 （瞬間～1分以内・10分以内・半日以内・3日間以内・1日中続く・他院で治療が必要なほど・今も続いている）
- ⑥その後めまいは反復していますか？
 （その後も何回か起きた・毎日起こる・1回きり・最初から持続中）
- ⑦めまい以外の症状はございましたか？
 （特になし・難聴（右・左）・耳なり（右・左）・耳がつまった感じ（右・左）・吐き気や嘔吐・手足がしびれた・力が入らなかった・目の前が真っ暗になった・肩こり・頭痛・その他（ ））
- ⑧めまいについて、他院で検査や治療を受けたことはありますか？
 （いいえ・はい） →はいの方は具体的理由も（いつ頃かも）
 理由（ ）
- 過去1年以内に頭部MRI検査を受けたことはありますか？ （いいえ・はい）
 今後3ヵ月以内にMRI検査を受ける予定はございますか？ （いいえ・はい）