

めまいの問診票

「めまい」といっても原因はたくさんあり、また症状も様々です。また自覚症状がまわりの人にわからないため、理解が得られにくいことがあります。この問診にできるだけ詳しく答えて戴けますと診療に役立ちますので是非ご協力をお願いします。

氏名 _____

記入日：H ____ 年 ____ 月 ____ 日

Q1. 今回のめまいは初めてですか？

はい ・ 以前にもある

Q2. (Q1で「以前にもある」と答えた方のみ) それはいつ頃だったのでしょうか？

() ヶ月前 () 年前 頻繁におこる 季節の変わり目に

Q3. めまいと同時期に起こった事がありますか？○をつけてください。

難聴⇒なし ・ あり (右耳・左耳)

耳鳴⇒なし ・ あり

頭痛⇒なし ・ あり

嘔気・嘔吐⇒なし ・ あり

意識消失⇒なし ・ あり

四肢の麻痺やしびれ⇒なし ・ あり

Q4. めまいはぐるぐると回りますか？(回転性めまい)

はい ・ いいえ

Q5. (Q4ではいと答えた方のみ) それは頭を動かすと起こりますか？

いいえ ・ はい ⇒ 上下 ・ 左右

Q6. めまいの持続時間はどれくらいでしょうか？

瞬間的・10秒以内・1分程度・30分-1時間程度・半日程度・数日間・それ以上

Q7. めまいは揺れているまたは浮いた感じですか？(浮動性めまい)

いいえ ・ はい

Q8. めまいは背後に吸い込まれるような感じでしょうか？

いいえ ・ はい

Q9. 歩行時にどちらかに傾き、壁や人にぶつかりそうになりませんか？

いいえ ・ はい ⇒ 右へ ・ 左へ

体調について伺います。

冷え症はありますか？ いいえ・はい

胃が弱くないですか？ いいえ・はい

肩こりはありますか？ いいえ・はい

胸やけがしませんか？ いいえ・はい

腰痛はありますか？ いいえ・はい

便秘していませんか？ いいえ・はい

下痢していませんか？ いいえ・はい

夜間排尿の回数は？(0・1・2・3・4回)

イライラやストレスはありますか？ ない・少しだけ・まあまあ・たくさん

原因：仕事上・家庭内・その他 ()

疲労はたまっていますか？ ない・ある⇒少し・たくさん 原因 ()

慢性的な睡眠不足はありませんか？ ない・ある 原因 ()

すでに不眠症として加療されていますか？ いいえ・ある(内服薬があれば) ()

片頭痛持ちですか？ いいえ・はい⇒ 稀に・時々・頻繁に

普段からよく頭重感が起こりますか？ いいえ・はい⇒稀に・時々・頻繁に

天気によって体調が悪くなることがありますか？ ない・ある(具体的に) ()

日頃から運動をしていますか？ 全くしていない・多少している・よくしている

タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う⇒()本/日×()年 以前吸っていた

毎日アルコールを飲みますか？ いいえ ・ はい⇒ビール ml 日本酒・焼酎 合