

日付：

患者番号：

氏名：

めまい問診

思い当たる症状に○及び記入して下さい

どのようなめまい：グルグル回る（持続時間： 秒 分 時間/瞬時的）

フラフラする（持続時間： 秒 分 時間/瞬時的）

フワフワする（持続時間： 秒 分 時間/瞬時的）

くらっとする

いつから：

きっかけ：

めまい発作がどのくらい続いたか：1度きり/繰り返す/ずっと続いている

めまい時の状況：目覚めた時/寝返り/立ち上がり時

頭を動かした時/じっとしていても

めまい前の健康状態：良好/ストレス/睡眠不足/疲労/頭痛/風邪気味

付随症状：耳症状(聞こえにくい/耳鳴/耳詰まり)

吐き気/嘔吐/冷や汗/しびれ/頭痛

口がどもる/手足の麻痺/目の前真っ暗/視界の変化

現在の症状：なし/良くなった/続いている/悪化

かかったことのある病気・持病など：

めまい症状出してから他の病院は受診されましたか：はい/いいえ

めまい症状は過去にもありましたか：はい/いいえ