

めまい問診票

氏名 _____

「めまい」を正しく見分けて治すために、あなたの「めまい」がどのようなものかできるだけ詳しく教えてください。

1. あなたの「めまい」はどのような感じですか？
 - 自分が回る、まわりが回る感じ
 - 左右に揺れる感じ
 - 立っていたり、歩いたりするときにフラフラする感じ
 - 気が遠くなるような感じ
 - 目の前が暗くなって意識がなくなりそうな感じ

2. あなたの「めまい」はどれくらいの時間続きましたか？
(何回もおこっているときは、1回のめまいが止まるまでの時間を教えてください)
 - 一瞬か数秒くらい
 - 10秒から1分くらい
 - 数分から10分くらい
 - 数十分から数時間、半日くらい
 - 一日以上あるいはずっと

3. 「めまい」がおこるときに何か他の症状はありますか？
 - 耳鳴り
 - 耳が詰まる感じ
 - 聞こえが悪い感じ
 - ろれつが回りにくい、うまく話せない
 - 頭痛がある (頭全体がしめつけられる 頭の片側が痛い)
 - 体の半分がしびれて感覚がにぶい、手足が動かない

4. いま治療中あるいは以前にかかった病気はありますか、お薬を飲んでいますか？
 - 高血圧 (くすり) 糖尿病 (くすり)
 - 不整脈 (くすり) 狭心症・心筋梗塞 (くすり)
 - 高脂血症 (コレステロール、中性脂肪) (くすり) 貧血 (くすり)
 - その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

医療法人社団めぐみ会 田村クリニック2