めまいのする方へ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診察の参考にさせていただきます．下の質問に答えてください．

1，めまいはいつからですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2，なにをしているときにめまいはしましたか？（めまいのきっかけは）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3，どんなめまいでしたか？

☐ ぐるぐる回るめまい　☐ ふわふわするめまい

☐ 目の前が真っ暗になるめまい

4，頭を動かすとめまいはひどくなりますか？　☐ はい　☐ いいえ

5，めまいはどの位の時間続きますか？

☐ 数分　☐ 数時間　☐ 一日中　☐ 数日

☐ その他（　　）

6，めまいの時，頭痛はしましたか？　☐ はい　☐ いいえ

7，耳の症状はありますか？

☐ 耳鳴り（両側，右，左）　☐ 難聴（両側，右，左）

☐ 耳閉感（耳のつまった感じ）（両側，右，左）

☐ 音がわれて聞こえる感じ　（両側，右，左）

8，めまいは初めてですか？どの位の頻度で発作が起きますか？

☐ はい　☐ いいえ（　　回／　　年）

9，以下の症状はありますか？

☐ ものが話しにくい　☐ くちのまわりがしびれる感じ

☐ 頭の重たい感じ　☐ 肩こり　☐ ストレスがつよい

☐ 睡眠不足

ご協力ありがとうございました．

耳鼻咽喉科まつだクリニック

100456