

《 めまいの問診票 》

お名前【 】

● 今回のめまいについて教えてください。当てはまる項目に□にレ点をつけてください。

① 今回のめまいはいつ起こりましたか？

(年 月 日 時ごろから)

② めまいが起きた時、何をしていましたか？(複数可)

- | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 覚えていない | | | | |
| <input type="checkbox"/> 寝ていた | <input type="checkbox"/> 起き上がった | <input type="checkbox"/> 歩いていた | <input type="checkbox"/> 疲れを感じたとき | |
| <input type="checkbox"/> 寝返りをした | <input type="checkbox"/> 立ち上がった | <input type="checkbox"/> 座っていた | <input type="checkbox"/> 睡眠不足のとき | |
| <input type="checkbox"/> 目が覚めたとき | <input type="checkbox"/> 頭を動かした | <input type="checkbox"/> 運動中あるいは動いていた | <input type="checkbox"/> 特に思い当たることがない | |
| <input type="checkbox"/> 飛行機に乗った、高地・山にいったとき | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

③ どのようなめまいでしたか？(複数可)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 覚えていない | <input type="checkbox"/> わからない | | |
| <input type="checkbox"/> ぐるぐる回る | <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | |
| <input type="checkbox"/> 景色が横に流れる | <input type="checkbox"/> 乗り物酔いのような感じ | <input type="checkbox"/> 意識が遠くなる感じ | |
| <input type="checkbox"/> 歩くと左右へ寄って行く感じ | <input type="checkbox"/> ふわふわした感じ | <input type="checkbox"/> 目の前が真っ暗または真っ白になる | |
| <input type="checkbox"/> 歩くと上下に揺れる | <input type="checkbox"/> 雲の上を歩くような感じ | <input type="checkbox"/> その他 () | |

④ めまい発作はどれくらい続きましたか？めまいの経過も教えてください。

【持続時間】

- | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 瞬間～数秒間 | <input type="checkbox"/> 数分間 | <input type="checkbox"/> 10分～数時間 | <input type="checkbox"/> 1日中 | <input type="checkbox"/> 数日間 | <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 |
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている(持続的) | <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり波がある | <input type="checkbox"/> 突然起こる(発作的) | | | |

覚えていない

【経過】

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ひどくなっている | <input type="checkbox"/> 軽くなっている | <input type="checkbox"/> 今はめまいはない |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

⑤ めまい発症時や発症前後に以下の症状はありましたか？(複数可)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 | <input type="checkbox"/> しゃべりにくい |
| <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい | <input type="checkbox"/> 光に敏感 | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがったかんじ | <input type="checkbox"/> 目の前に線や光が見える | <input type="checkbox"/> 物が二重に見える |
| <input type="checkbox"/> 音が響く | <input type="checkbox"/> 風邪をひいた | <input type="checkbox"/> 意識を失った |
| <input type="checkbox"/> 肩首のこり・痛み | <input type="checkbox"/> 発熱していた | <input type="checkbox"/> 左右どちらかの手足に力が入りにくい |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 (<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> 締め付けられるような <input type="checkbox"/> 割れるような激しい) | <input type="checkbox"/> 左右の体のどちらかにしびれがある | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

● 過去に以下の病気があれば、あてはまるもの全てにレ点をつけてください。(複数可)

- | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> メニエール病 | <input type="checkbox"/> 頭位性めまい症 | <input type="checkbox"/> 突発性難聴 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 片頭痛 | <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

● 今回のめまい以前にもめまいがあった方にお伺いします。

① 初めてめまいを起こしたのはいつ頃ですか？

()

② 初めてのめまい～今回のめまいまでのめまいの頻度と経過を教えてください。

【頻度】

- | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日数回 | <input type="checkbox"/> 週に数回 | <input type="checkbox"/> 月に数回 | <input type="checkbox"/> 年に数回 | <input type="checkbox"/> 数年に1回 | <input type="checkbox"/> 10年以上ぶり |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

【経過】

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている(持続的) | <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり波がある | <input type="checkbox"/> 決まっていない |
| <input type="checkbox"/> 覚えていない | | |

● 18歳未満の方におたずねします。

- | | | | | | |
|------------------|---------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| ① 通学状況について | : | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日通学中 | <input type="checkbox"/> 休みがち | <input type="checkbox"/> 現在休んでいる | |
| ② 運動状況について | : | <input type="checkbox"/> 毎日実施 | <input type="checkbox"/> 週に () 回 | <input type="checkbox"/> 月に () 回 | |
| ③ 胃腸の強さについて | : | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 弱い | <input type="checkbox"/> 下痢気味 | <input type="checkbox"/> 便秘気味 |
| ④ スマホ・ゲーム・PC使用時間 | (1日に) | 時間 | | | |

● その他、気になる症状や伝えたいことがありましたらご記入ください。