

めまい問診票

1. めまいを起こしたのは何月何日の何時ごろでしたか？
2. どこで、何をしていたときでしたか？
3. そのときの身体の姿勢や身体の動きはどうでしたか？
4. 身体や頭の動きに伴って生じましたか、それともじっとして生じたのでしょうか？
5. 見ている景色が回りましたか、景色は動かずに回転感覚だけでしたか、それともふわっとしただけでしょうか？
6. 症状の継続時間はどのくらいでしたか？
7. 嘔気や嘔吐はありましたか？
8. 頭痛や身体のだこかのしびれなどを伴いましたか？
9. 耳鳴りや耳がつまったような、ふさがったような感じ、聞こえにくさを伴いましたか？
10. 頭をぶついたり、りきんだりしたときに生じましたか？
11. 耳の中でポンとはじける音や水の音を感じましたか？
12. これまでに同じめまいを繰り返していますか？どのくらいの頻度ですか？
13. このところ過労やストレスが大きかったですか？
14. 肩こりや首の凝りはひどいですか？
15. 睡眠はどのくらいとれていますか？
16. 乗り物酔いしやすいですか？
17. 普段、どのような運動やスポーツをしていますか？
18. 既往症や飲んでいる薬を記載してください。