めまい問診票

スタッフ記入欄	
受診月日	
I D	

お名前

■ どのようなめまいですか。

グルグル回る　　フワフワする　　立ちくらみ

ユラユラゆれる

その他（　　）

■ いつからですか。

今日から　　（　　）日前から　　（　　）ケ前から　　（　　）年前から

■ どのようにしたときめまいがしましたか。

頭を動かしたとき　　寝返りをうったとき

その他（　　）

■ 1回あたりのめまいはどの位続きましたか。

30秒以内　　30秒～1分　　1分～30分　　30分以上

■ 今までに何回くらいおこりましたか。

1回のみ　　数回　　頻回（　　月に　　回位）

■ めまいの時やその前後で次の症状はありましたか。
あったものには○、なかったものは×をつけて下さい。

（　）頭痛　　（　）ろれつがまわらない

（　）手・足のしびれ　　（　）ものが二重に見える

（　）顔・くちびるのしびれ　　（　）耳鳴り（右·左·両）

（　）耳がふさがった感じ（右·左·両）　　（　）きこえが悪い（右·左·両）

その他（　　）

■ その他、追加したいことがございましたらご記入下さい。