

## めまい 問診表

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令		
氏名				年	月	日 ( 歳)
住所	〒 -					
電話番号				体重 (小児のみ)	kg	

**Q1. 「めまい」はどのような感じですか？ を付けてください。**

- 自分が回る、周りが回る感じ
- 自分または周囲がどんどん流れて動いてゆくような感じ
- 立っていたり、歩いたりする時にフラフラしてよろけそうな感じ
- じっとしているのに体がゆらゆら揺れているような感じ
- 気が遠くなりそうな、頭から血の気が引くような感じ
- 目の前が暗くなって意識がなくなりそうな感じ
- その他 ( )

**Q2. あなたの「めまい」はどれくらいの時間続きましたか？**

(何回も起こっているときは、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     十秒から1分くらい     数分から十分くらい
- 数十分から数時間、半日くらい     一日以上あるいはずっと
- その他 ( )

**Q3. 「めまい」が起こる時に何かほかの症状はありますか？**

- 耳鳴りや耳がつまるような感じがする
- 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)
- 体の葉分がしびれて感覚がにぶい、手足が動かない
- その他 ( )

**Q4. 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 )     脳梗塞・脳出血 (  くすり )     高脂血症 (  くすり )
- 貧血 (  くすり )
- その他 ( )

内服中の薬の名前 \_\_\_\_\_

**Q5. 女性の方へ**

現在 妊娠を ( していない ・ している ・ 可能性がある ) ⇒ 妊娠 (      週目 ・ カ月 )

現在 授乳を ( している ・ していない ) ⇒ 授乳 (      カ月のお子さん )

**Q6. 最後によろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください。**

- ・ 看板    ・ ホームページ    ・ グーグル検索    ・ インスタグラム    ・ ツイッター
- ・ 知人/家族の紹介