

めまい問診表

お名前 _____

この調査の目的は、あなたがめまいによって日常生活上どのような支障をきたしているのを知ることにあります。

それぞれの質問に はい 時々 いいえ に○をつけてください。

		医師記入欄		
		P	E	F
1	上を見上げるとめまいは悪化しますか？	はい 時々 いいえ		
2	めまいのためにストレスを感じますか？	はい 時々 いいえ		
3	めまいのために出張や旅行などの遠出が制限されていますか？	はい 時々 いいえ		
4	スーパーマーケットなどの陳列棚の間を歩く時にめまいが増強しますか？	はい 時々 いいえ		
5	めまいのために寝たり起きたりする事に支障をきたしますか？	はい 時々 いいえ		
6	めまいがひどいために、映画・外食・パーティに行くことを制限していますか？	はい 時々 いいえ		
7	めまいのために本などを読むのが難しいですか？	はい 時々 いいえ		
8	スポーツ・ダンス・清掃や皿を片付けるような家事の動作でめまいが増強されますか？	はい 時々 いいえ		
9	めまいのために1人で外出するのが怖いですか？	はい 時々 いいえ		
10	めまいのために人前に出るのが嫌ですか？	はい 時々 いいえ		
11	頭をすばやく動かすとめまいが増強しますか？	はい 時々 いいえ		
12	めまいのために高いところに行かないようにしていますか？	はい 時々 いいえ		
13	寝返りをするとめまいが増強しますか？	はい 時々 いいえ		
14	めまいのために激しい家事や庭掃除などをすることが困難ですか？	はい 時々 いいえ		
15	めまいのために、周囲から自分が酔っているように思われるのではないかと心配ですか？	はい 時々 いいえ		
16	めまいのために1人で散歩に行くことが困難ですか？	はい 時々 いいえ		
17	歩道を歩くときにめまいは増強しますか？	はい 時々 いいえ		
18	めまいのために集中力が妨げられていますか？	はい 時々 いいえ		
19	めまいのために夜暗い中、家の周囲を歩くことが困難ですか？	はい 時々 いいえ		
20	めまいのために家に1人でいることが怖いですか？	はい 時々 いいえ		
21	めまいのために自分がハンディキャップを背負っていると感じますか？	はい 時々 いいえ		
22	めまいのために家族や友人との関係にストレスが生じていますか？	はい 時々 いいえ		
23	めまいのために気分が落ち込みがちになりますか？	はい 時々 いいえ		
24	めまいのためにあなたの仕事や家事における責任感が損なわれていますか？	はい 時々 いいえ		
25	身体をかがめるとめまいが増強しますか？	はい 時々 いいえ		

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 **裏面もあります**

1	めまいを起こしたのはいつですか？ 令和 年 月 日 時頃
2	どこで、何をしていた時でしたか？ 場所→ 何をしていたか→
3	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？ 動いていた時 ・ じっとしていた時
4	その時の身体の姿勢や身体の動きはどうでしたか？ ()
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 ただけのでしょうか？ 景色が回った ・ 景色は動かず回転感覚 ・ ふわっと
6	症状はどのくらい続きましたか？ ()
7	吐気や嘔吐はありましたか？ なし ・ 吐気 ・ 嘔吐
8	頭痛や身体のだよかのしびれなどを伴いましたか？ なし ・ あり →部位
9	頭をぶつけたり、りきんだりした時に生じましたか？ なし ・ あり
10	耳の症状はありましたか？ 耳鳴り ・ 耳が詰まったようなふさがった感じ ・ 聞こえにくい
11	耳の中でポンとはじける音や水の音を感じましたか？ なし ・ あり
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？ 繰り返してない ・ 繰り返している →頻度
13	このところ過労やストレスが大きかったですか？ なし ・ あり
14	肩こりや首の凝りはひどいですか？ なし ・ あり
15	睡眠はどのくらい眠れていましたか？ ()時間ぐらい
16	乗り物酔いしやすいですか？ いいえ ・ はい
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 ()