

めまい問診票

ふりがな
氏名 _____

1 どのようなめまいですか

ぐるぐる回る 頭を動かすと回る ふらつく
その他（ ）

2 めまいはいつからですか

(月 日 時頃)

3 めまいは初めてですか

はい　いいえ（　　回目　以前に起こった日時は　　）

4 めまいはどれくらい続きましたか 一番近いものを書いてください

() 秒 () 分 () 時間 () 日

5 以下の耳の症状はありますか

難聴 なし あり（右 左）

耳の詰まり感 なし あり（右 左）

6 以下の症状はありますか

頭痛 なし あり

ものが二重に見える なし あり

顔や手足のしびれる感じ なし あり