

めまい問診表

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	

1、今回のめまいについてお尋ねします。

・いつからですか？

・めまいは初めてですか？

はい

いいえ→（いつ頃ですか？

）

・何をした時にめまいを感じましたか？（複数回答可）

寝返り

起き上がる・横になるとき

立ち上がる時

頭や首を動かした時

寝不足

疲労

動くものを見たとき

歩行時

電車やバスで

特になし

その他（

）

・どのようなめまいですか？（複数回答可）

回転性（ぐるぐる）

非回転性（ふわふわ）

目の前が真っ暗になる

視野が狭くなる

その他（

）

・めまいはどれくらい続きますか？

数秒～1分

数分～30分

1時間～半日

決まっていない

・めまいと同時に、または前後に起こる症状はありますか？

難聴

耳鳴り

耳がつまる感じ

頭痛

嘔気・嘔吐

手足のしびれ

意識が遠のく感じ

なし

その他（

）

2、これまでにめまいについて他院で検査や治療を受けられたことはありますか？

いいえ

はい→（

頃に、耳鼻科

脳外科

内科

その他

で）

10、その他、医師に伝えたいことがあればご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守いたします。