

めまい問診票（目白大学耳科学研究所クリニック）

記入日 年 月 日

ふりがな
ご氏名

ご性別 男性 女性

生年月日(歳) 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

〒

住所

電話（連絡先）() - 携帯番号 () -

主な仕事

薬剤あるいは食物アレルギーがあれば記入してください。 なし・()

緑内障はありますか あり なし ・前立腺肥大はありますか あり なし

女性の方で妊娠の可能性、授乳中の方は○をつけてください。 妊娠の可能性あり 授乳中

I。医師に聞きたいこと/望むこと

■該当することがあれば○をつけてください（複数可）。

- ・原因を知りたい。 ・徹底的に調べてもらいたい。
- ・とにかく直してもらいたい。
- ・現在の状態を知りたい。

■治療について該当することがあれば○をつけてください（複数可）。

- ・できれば薬の治療を希望する。
- ・薬はなるべく服用したくない。
- ・漢方治療を行ってみたい。
- ・頭位治療（耳石）を行ってみたい。
- ・めまいリハビリを行ってみたい。
- ・カウンセリングを行ってみたい。
- ・その他

II。めまいについてお伺いします。

■今回（一番最近）のめまいはいつ頃ですか？

昭和・平成 年 月 日 朝 昼 夜 時頃

■どんなめまいでしたか？ 当てはまるものに○をつけてください（複数可）。

- ・目の前（天井やまわり）がグルグル回る ・自分がグルグル回る ・目の前のものが流れて見える
- ・頭がふあふあする ・くらくらする ・グラグラする
- ・身体がふらつく ・身体がよろけそうになる ・雲の上を歩いている感じ ・歩くと上下に揺れる
- ・目の前が暗くなる ・意識が遠くなる感じ
- ・覚えていない ・よくわからない
- ・その他（)

■めまいがしたとき、何をしていましたか？ 当てはまるものに○をつけてください（複数可）。

- ・特に思い当たることがない
- ・目が覚めた時 ・起き上がった時
- ・寝返った時 ・首を回した時（上を向く、下を向く、右/左を向く、後ろを振り返る）
- ・急に立ち上がった時
- ・歩いている時
- ・疲れを感じた時 ・睡眠不足の時
- ・その他（)
- ・よく覚えていない

■めまいはどれくらい続きましたか？ 当てはまるものに○をつけてください（複数可）。

- ・瞬間 ・数秒 ・数分 ・数時間 ・一日中 ・数日（ 日間）
- ・ずっと続いている ・良くなったり悪くなったり ・決まっていない ・覚えていない

■めまい発症時や発症前後に以下の症状はありましたか？ 当てはまるものに○をつけてください（複数可）。

- ・特になし
- ・頭痛はなかった
- ・ズキンズキンする頭痛があった ・絞めつけられるような頭痛があった
- ・割れるような激しい頭痛があった
- ・首こりや肩のこりがあった ・首や肩の痛みがあった
- ・風邪を引いた 発熱があった（ 度 日間）
- ・聴えづらさがあった（左・右・両方・不明） ・音が割れたり響く感じがした（左・右・両方・不明）
- ・耳鳴りがした（左・右・両方・不明） ・耳が詰まった感じがした（左・右・両方・不明）
- ・物が二重にダブって見えた ・焦点が合わない ・意識がなくなった ・けいれんした
- ・顔、唇、手足などにしびれを感じた・呂律が回らず上手く話せなくなった ・ものが呑み込めずむせた
- ・吐き気があった ・嘔吐した ・冷や汗がでた ・動悸がした
- ・手足の冷感があった ・顔のほてりがあった
- ・車酔いした ・だるさがあった
- ・その他（ ）

* めまいが2回以上ある方にお伺いします。 当てはまるものに○をつけてください（複数可）。

■初回（一番最初）のめまいはいつ頃ですか？

昭和・平成 年 月 日 朝 昼 夜 時頃

■初回のめまいから今日までのめまいは？

- ・毎日数回（ 回/日） 週に数回（ 回/週） 月に数回（ 回/月） 年に数回（ 回/年）
- ・ずっと続いている 良くなったり悪くなったり 決まっていない 覚えていない

* 以下は、めまい症状のため他院を受診し、検査や治療を受けた方のみお答えください。

■ 受診した医療機関名 病名 治療内容を書いてください。

例：目白大学耳科学研究所クリニック，良性発作性頭位めまい症， 耳石の治療

目白大学耳科学研究所クリニック，メニエール病， アデホス、イソバイドなど

- ・ **一般内科** 平成 年 月頃 病院名 _____
異常なし 異常有り → 病名 _____ 治療 _____
- ・ **神経内科・脳神経外科** 平成 年 月頃 病院名 _____
異常なし 異常有り → 病名 _____ 治療 _____
- ・ **耳鼻咽喉科** 平成 年 月頃 病院名 _____
異常なし 異常有り → 病名 _____ 治療 _____
- ・ **心療内科・精神科** 平成 年 月頃 病院名 _____
異常なし 異常有り → 病名 _____ 治療 _____
- ・ **その他** 平成 年 月頃 病院名 _____
異常なし 異常有り → 病名 _____ 治療 _____

* 以前に受けた検査があれば書いてください。(該当しない場合は記入不要です)

- ・ **頭部 MRI 検査 (一番最近)** 平成 年 月頃
異常なし 異常有り ()
- ・ **頭部 CT 検査** 平成 年 月頃
異常なし 異常有り ()
- ・ **聴力検査 (一番最近)** 平成 年 月頃
- ・ **めまい (平衡機能) 検査** 平成 年 月頃
- ・ **耳 CT 検査** 平成 年 月頃

- ・ **採血 (一番最近)** 平成 年 月頃

下記の項目で異常があれば○をつけてください。

貧血 (Hb)、中性脂肪 (TG)、悪玉コレステロール (LDL)、甲状腺ホルモン、女性ホルモン
肝機能、腎機能

■現在服用中の薬剤について教えてください。

- ・ 特にない

- ・ 降圧剤(血圧を下げる薬) :
- ・ 昇圧剤(血圧を上げる薬) :
- ・ 抗凝固剤 (血液をサラサラにする薬) :
- ・ 鎮痛剤 :
- ・ 睡眠剤 :
- ・ トランキライザー(精神安定剤) :
- ・ 抗てんかん剤 :
- ・ 避妊薬 ホルモン剤 :
- ・ その他 ()

■生活習慣について教えてください。

飲酒(/日) 喫煙(本/日)

■職業について教えてください。

- ・ パソコン業務などで仕事中に同じ姿勢をとることが多い
ない ある

- ・ 現在または過去に、騒音下での仕事やヘッドホン・イヤホンを常用する仕事に就いた経験
ない ある (職名:)

- ・ 現在または過去に、化学薬品の使用 (シンナーなど)
ない ある (薬品名:)

■ご家族について

めまい症状や頭痛症状をお持ちの御家族

- ・ めまい: いない いる (親・兄弟姉妹・その他)
- ・ 頭痛: いない いる (親・兄弟姉妹・その他)