めまい問診票（目白大学耳学研究所クリニック）

Ver5

記入日　西暦　　年　　月　　日

ふりがな

ご氏名

ご性別　男性　女性　　生年月日(歳)　西暦　　年　　月　　日（　　歳）

幼稚園（年少・年中・年長）　小学・中学・高校　　年生

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、授乳中の方は〇をつけてください。　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〇をつけてください（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〇をつけてください（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。

□効果があれば、**漢方治療**を行ってみたい。

□効果があれば、**頭位治療（耳石の治療）**を行ってみたい。

□効果があれば、理学療法士から**めまいリハビリテーション**指導を受けてみたい（臨床研究手続きが必要）。
無料ですが、治療効果判定のためデータを取らせていただきます。詳しくは医師にお尋ねください。

※「視性めまい」アンケートにご協力いただけますか？（所要時間 3 分ほど）

□はい　□いいえ

自由記載

無断転載を禁ず

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？

西暦　　年　　月　　日　　朝　昼　夜　　時頃

■どんなめまいでしたか？　当てはまるものに〇をつけてください（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？　当てはまるものに〇をつけてください（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

無断転載を禁ず

■めまいはどれくらい続きましたか？　当てはまるものに〇をつけてください（複数可）。

・瞬間～数秒　　・5 分未満　　・5 分以上～10 分未満

・10 分以上～20 分未満　・20 分以上～数時間　・一日中　・数日（　　日間）　・３か月以上

・ずっと続いている（持続性）　・良くなったり悪くなったり（突発的で反復）

・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？　当てはまるものに〇をつけてください（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。当てはまるものに〇をつけてください（複数可）。

■初回（一番最初）のめまいはいつ頃ですか？

西暦　　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

無断転載を禁ず

＊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　西暦　　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　西暦　　年　　月頃　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
異常なし　異常有り　→　病名＿＿＿＿＿＿＿＿　治療＿＿＿＿＿＿＿＿

・耳鼻咽喉科　西暦　　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　西暦　　年　　月頃　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
異常なし　異常有り　→　病名＿＿＿＿＿＿＿＿　治療＿＿＿＿＿＿＿＿

・その他　西暦　　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）　西暦　　年　　月頃
異常なし　異常有り（　　）
・頭部 CT 検査　西暦　　年　　月頃
異常なし　異常有り（　　）

・聴力検査（一番最近）　西暦　　年　　月頃
・めまい（平衡機能）検査　西暦　　年　　月頃
・耳 CT 検査　西暦　　年　　月頃

・採血（一番最近）　西暦　　年　　月頃
下記の項目で異常があれば〇をつけてください。
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

無断転載を禁ず

Ⅱ。これまでの病歴や手術歴、生活習慣についてお伺いします。

■これまで**治療した経験のある病気**や**現在治療中の病気を教えてください（複数可）。**

・特にない

・不眠症　　あり　　なし

・中耳炎：慢性中耳炎、滲出性中耳炎など
・突発性難聴　・メニエール病　・前庭神経炎
・結核　　・梅毒

・交通事故　・頭部打撲　・むち打ち

・脂質異常（高コレステロール）
・高血圧　・低血圧　・貧血
・糖尿病
・睡眠時無呼吸症

・脳卒中（脳出血・脳血栓）動脈硬化
・心臓病　・不整脈
・自律神経失調症

・不安障害　（パニック障害など）　気分障害　（躁・うつ）

・胃潰瘍

・婦人科疾患　（子宮内膜症・生理不順・その他　　）

・腎臓病　　・肝臓病

・その他　（　　）

■手術を受けた病気があれば書いてください。

西暦　　年　　月頃

無断転載を禁ず

■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　　）

無断転載を禁ず