

めまい問診票（目白大学耳学研究所クリニック）

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)
〒

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。
- 理学療法士のめまいリハビリテーションの個別指導を受けてみたい（国内初の取り組み）。
週1回、1ヶ月半通院できる方が対象です（要予約）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。

カウンセリングを行ってみたい。

その他

■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 ・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）
- ・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？

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

* 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○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)