

めまい問診票（目白大学耳科学研究所クリニック）

Ver5.3

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○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。
- ☐効果があれば、漢方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。

※「末梢性めまいによる前庭障害を見つけるため問診票」(25 医-026)の調査研究に
協力していただけますか?(所要時間 約1~2分)

☐はい ☐いいえ

自由記載

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？

西曆 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）。

- ・発作的（初めての経験）
 - ・発作的（何度も経験している）
 - ・慢性的（3か月以上続いている）
- ・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

*** 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

Ⅲ。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。

■過去 6 か月以内に転倒したことはありますか？

ここでの転倒とは「外傷の有無にかかわらず、自分の意思からではなく、地面や床または他の低い場所に足底以外の身体の一部が接触する動作」です。

☐ なし ☐ 1 回ある ☐ 複数回ある

■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）。

・ 特になし

・ 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

■現在服用中の薬剤について教えてください。

・特になし

・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)