予診票　めまい・メニエール病　　初めてご受診の方へ

●　初めてのめまいはいつおこりましたか？

A.　　年　　月　　日

B.　覚えていない

●　今回のめまいは、いつからおこりましたか？

　　年　　月　　日

●　どのようなめまいでしたか？（複数選択可）

1.グルグル目の前が回った　　2.歩きにくかった　　3.気が遠くなった

4.船に酔ったような、あるいは雲の上を歩いているようにフワフワした

5.目の前が真っ暗、または真っ白になって倒れそうになった

6.その他（　　）

●　何をしている時にめまいが起こりましたか？

1.何もしていないとき

2.頭を動かした時（寝ていて起き上がった時、寝返りをした時など）

3.その他（　　）

●　１回の強いめまい発作の持続時間はどのくらいでしたか？

1.数秒～十分程度　　2.10分～数時間　　3.半日～１日　　4.１日～数日

5.持続性

めまいの他に、何か症状がありましたか？（複数可）

1.何もなかった　　2.むかつきがあり気分が悪かった　　3.吐いた

4.耳鳴りがしていた　　5.耳が詰まった感じがした　　6.ものが２つに見えた

7.耳が聞こえにくい感じがした　　8.手足がしびれていた

9.手足に力が入らなかった　　10.顔がしびれていた　　11.頭が痛かった

12.目の前がぼやけていた　　13.ことばが喋りにくかった、ことばがもつれた

14.目の奥が痛かった　　15.肩が凝っていた

16.その他（　　）

●　今のめまいの状況を教えて下さい

1.今は症状はない　　2.はじめとほとんど同じ　　3.はじめよりは良くなっている

4.症状の種類が変わってきた

●　今、服用しているお薬があればご記入ください

1.服用中のお薬（　　）

2.服用していない

●　今、他にこまっていることがあればご記入ください

（　　）

スタッフ記入欄

めまい（A　B　C　D　E）　　（M　T　C　O　S）