

お名前 _____

■めまいはいつから？（ 月 日）から、または（ 日・ 週間・ ヶ月）前から

■以前に同じような症状が起こったことがありますか？ ない・ある（いつ頃？）

■どのようなめまいが生じましたか？（あてはまるものにチェックしてください）

 周囲の物や自分がグルグルまわる感じ フワフワして足が地につかない感じ 立ちくらみ フワフワして真っ直ぐ歩けない感じ 目の前が暗くなる 気が遠くなる感じ その他（.....）

■めまいは1日に（ ~ 回）おきて、（ 日間）続く

■1回のめまいの持続時間は？（あてはまるものにチェックしてください）

 5秒以内 5分まで 5秒以上～1分まで 1時間まで その他（.....）

■めまいに伴う耳の症状はありますか？ ない・ある

 （左・右・両）の耳鳴りが、

めまいの（ 分前・最中・ 分後）に（出現・悪化）して（ 分間）続く

 （左・右・両）の難聴が、

めまいの（ 分前・最中・ 分後）に（出現・悪化）して（ 分間）続く

 （左・右・両）の耳閉感が、（耳閉とは耳がつまった症状）

めまいの（ 分前・最中・ 分後）に（出現・悪化）して（ 分間）続く

■めまいと同時または前後に合わせて他の症状はありますか？

 吐き気・嘔吐 頭痛・頭が重い・こめかみから後頭部が痛い 手・足が動きにくい 舌がもつれる・ろれつが回らない・飲み込みにくい 記憶がない・意識障害 しびれがある（手・足・舌・顔・口の周り・指） 物が二重に見える・かすむ その他（.....）

■何をしている時にめまいが起きますか？（あてはまるものにチェックしてください）

 起き上がる時・横になった時 じっとしている時、パソコンやテレビを見ている時 右または左に寝返りえをした時 午前中や午後等の特定の時間帯に起こる 頭を特定の位置（右・左・上・下）に動かした時、めまいを起こしやすい 急に立ち上がった時 その他（.....）

■めまいが起こる前に日常生活で何か変わった事がありましたか？

 睡眠不足 残業が続いた 環境が変わった 職場・家庭内でのストレス 頭を打った その他（.....）

■現在、何か病気にかかっていますか？

 起立性低血圧 高脂血症 むちうち 脳梗塞 脳出血後遺症 動脈硬化 貧血 不整脈 自律神経失調症 耳の病気（ ） その他（.....）

■最近、頭部CT・MRI・めまい検査を受けましたか？ いいえ・はい（いつ頃？）

正常・異常あり）

■その他、何か気づいたことはありますか？