

めまいの間診票

お名前 _____ 生年月日 _____年____月____日 年齢 _____歳
本日の日付 _____年____月____日

当院を受診された主な問題点をお書きください。 またそれはいつからですか？

回転性めまいを感じたことはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方。1回の回転性めまいの続いた時間はどのくらいでしたか？ _____

最初に回転性めまいを感じたのはいつですか？ _____

最後に回転性めまいを感じたのはいつですか？ _____

そのめまいはじっとして全く動かない時も回転していましたか？ はい いいえ

頭や身体を動かす動作をしたときに回転するめまいでしたか？ はい いいえ

寝ていて寝返りを打った時、起き上がった時、寝た時などに回転するめまいでしたか？
はい いいえ

疲れた時に悪くなりますか？ はい いいえ

家にいるときに悪くなりますか？ はい いいえ

屋外にいる時に悪くなりますか？ はい いいえ

暗いところで悪くなりますか？ はい いいえ

回転性めまいはどのような時に感じますか？

寝る動作で はい いいえ

起き上がる動作で はい いいえ

じっと立っている時に はい いいえ

座っている時に はい いいえ

歩いているときに はい いいえ

頭を上げた時や下げた時に はい いいえ

首を右や左に捻った時に はい いいえ

バランスをなくすような、平衡感覚を失うようなことを感じたことはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えの方。

常時バランスが悪い、平衡感覚が悪い状態が続いていますか？ はい いいえ

何もしないでじっとしている時に感じますか？	はい	いいえ
頭や身体を動かす動作をしたときに感じるものですか？	はい	いいえ
寝ていて寝返りを打った時、起き上がった時、寝た時などに回転するめまいでしたか？	はい	いいえ
疲れた時に悪くなりますか？	はい	いいえ
家にいるときに悪くなりますか？	はい	いいえ
屋外にいる時に悪くなりますか？	はい	いいえ
暗いところで悪くなりますか？	はい	いいえ

バランスをなくすような、平衡感覚を失うようなことを感じはどのような時に感じますか？

寝る動作で	はい	いいえ
起き上がる動作で	はい	いいえ
じっと立っている時に	はい	いいえ
座っている時に	はい	いいえ
歩いているときに	はい	いいえ
頭を上げた時や下げた時に	はい	いいえ
首を右や左に捻った時に	はい	いいえ

意識を失って倒れたことはありますか？

「はい」とお答えの方。どのような感じでしたか？

「はい」とお答えの方。1回の意識を失った時間はどのくらいでしたか？

最初に意識失って倒れたのはいつですか？

最後に意識を失って倒れたのはいつですか？

意識を失って倒れるのはどのくらいの回数、頻度ですか？

意識を失って倒れた時にケガをしましたか？

どのようなケガでしたか？

歩いている時に足がもつれたり、横に倒れることや、止まりづらいことがありますか？

はい いいえ

歩いている時に左右どちらか一方方向に寄ってしまいますか？

はい いいえ

「はい」とお答えの方。それは右ですか、左ですか？

右 左

他の疾患についての問診票

意識を失うくらいの頭をぶつけるケガ、事故をしたことはありますか？	はい	いいえ
それはいつ、どのような事故、ケガですか？	_____	
大きな音のする職場での仕事、振動工具を扱う仕事をしたことはありますか？	はい	いいえ
それはいつ、どのようなことですか？	_____	
高血圧症ですか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
低血圧症ですか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
心臓の病気、不整脈はありますか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？	_____	
貧血を指摘されたことはありますか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
貧血の原因がわかっているら教えてください	_____	
糖尿病ですか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
コレステロール、中性脂肪は多いですか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
脳梗塞を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？	_____	
脳出血を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？	_____	
脳動脈瘤を指摘されたことはありますか？	はい	いいえ
治療を受けておられればお薬を教えてください	_____	
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？	_____	

脳腫瘍を指摘されたことはありますか？

はい いいえ

それは脳のどのあたりでしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

放射線治療を受けておられればいつ受けましたか？

他の脳の病気、例えば小さい頃の脳炎、髄膜炎、パーキンソン病、などを指摘されたことはありますか？

はい いいえ

それはどのような病気でしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

放射線治療を受けておられればいつ受けましたか？

物忘れの病気を指摘されたり、物忘れが気になることはありますか？

はい いいえ

それはどのような病気でしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

これまでに頭部の MRI や CT 検査を受けたことはありますか？

CT MRI

受けておられればいつ頃でしょうか？

首の骨の変形、異常を指摘されたことはありますか？

はい いいえ

それはどのようなことでしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

背中の骨の変形、異常を指摘されたことはありますか？

はい いいえ

それはどのようなことでしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

腰の骨の変形、異常を指摘されたことはありますか？

はい いいえ

それはどのようなことでしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

股関節、膝関節の変形、異常を指摘されたことはありますか？ はい いいえ
それはどのようなことでしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？ _____

肝臓、腎臓、胃、大腸などの内臓の異常を指摘されたことはありますか？ はい いいえ
それはどのようなことでしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？ _____

血液透析を受けておられればいつ頃から受けておられますか？ _____

身体はどこかに癌を指摘されたことはありますか？ はい いいえ
それはどこの癌でしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？ _____

放射線治療を受けておられればいつ頃から受けておられますか？ _____

抗癌剤、免疫療法を受けておられればいつ頃、どのような治療でしたか？ _____

眼科の病気はありますか？ はい いいえ
それはどのような病気でしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？ _____

泌尿器科の病気はありますか？ はい いいえ
それはどのような病気でしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____
手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？ _____

慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎とこれまでに言われたことはありますか？ はい いいえ
それはどちらの耳でしょうか？ 右耳 左耳 両耳
それはいつ頃のことでしょうか？ _____
治療を受けておられればお薬を教えてください _____

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

他の耳鼻咽喉科の病気になったことはありますか？

はい いいえ

それはどのような病気でしょうか？

それはいつ頃のことでしょうか？

治療を受けておられればお薬を教えてください

手術を受けておられればどのような手術をいつ受けましたか？

喘息、花粉症、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎にかかったことはありますか？

はい いいえ

それはどのような病気でしょうか？

これまでに薬や食べ物で蕁麻疹、かゆみ、息が苦しくなる、血圧が下がるなどのアレルギー症状が出たことはありますか？

はい いいえ

それは何の薬、食べ物でどのような状態になりましたか？

他にこれまでにかかったことがある大きな病気があれば教えてください

社会的なことに関する問診票

お仕事はどのような内容のお仕事でしょうか？	<hr/>		
仕事で特殊な薬品（シンナー、有機溶剤など）を扱いますか？	はい	いいえ	
喫煙はされますか？	はい	いいえ	
どのくらいの量でしょうか？	本/日 X	歳から	歳まで
飲酒はされますか？	はい	いいえ	機会があれば程度
種類は何でどのくらいの量でしょうか？	/日・週	歳から	歳まで
お一人暮らしでしょうか？	はい	いいえ	
どなたかを介護をなさっておられる状態でしょうか？	はい	いいえ	
それはどなたでしょうか？	<hr/>		
睡眠の問題はありますか？	はい	いいえ	
それはどのような問題でしょうか？	<hr/>		
ストレスに感じる問題はありますか？	はい	いいえ	
それはどのような問題でしょうか？差し障りのない範囲でよろしければお書きください	<hr/>		

また他に気になることがあればお書きください