

めまいの間診票 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

○今回のめまいはいつからはじまりましたか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後

○どこで何をしていましたか? ( \_\_\_\_\_ )

○今回 どこかで診察を受けましたか? \_\_\_\_\_

○**どんなめまいですか?** 天井やまわりがぐるぐるまわる・自分がぐるぐるまわる・目の前のものが流れて見える・身体が左右に倒れそうになる・雲の上を歩いている感じ目の前が暗くなる・意識が遠くなる感じ・2重に見える・ \_\_\_\_\_○**持続時間**: 数秒・数十秒・数分・数十分・数時間 ○**経過**: 一回のみ・反復する・持続○**頻度**: 1回のみ・一日に数回・ほとんど毎日・週に \_\_\_\_\_ 回・月に \_\_\_\_\_ 回・年に \_\_\_\_\_ 回○**どんな時におこりますか?** 起きたとき・寝起き・顔を回したとき・寝返り・自然に・突然・疲れた時・寝不足・立ち上がった時・歩いている時・ \_\_\_\_\_○**めまいの時だけ現れる症状**: 耳鳴り・耳鳴りが大きくなる・聞こえが悪くなる・響く・耳がつまる・吐き気・嘔吐・冷や汗・後頭部痛(重い)・まぶしい・動悸・頭痛・ \_\_\_\_\_○**普段ある症状**: 耳鳴り・難聴・頭痛・肩こり・車酔い・吐き気・ \_\_\_\_\_○**今めまいで困る症状**: 立てない・平らな所を歩く・階段を下りる・動いているものを見る・急に振り返る・お辞儀をする・上を向く・起床臥床をスムーズに行う・人混みを歩く暗い所を歩く・ズボンやスカートををはく・玄関で靴をはく・嘔気・歩けない・座れない○**治療されていますか?**: 高血圧・高脂血症・糖尿病・更年期・その他 ( \_\_\_\_\_ )\*薬のアレルギー: なし・あり ( \_\_\_\_\_ )○**最近かわったことや、めまいの原因となることはありますか?** ( \_\_\_\_\_ )○**初めてのめまいは?**: 今回が初めて・以前 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 または \_\_\_\_\_ 才頃○**以前のめまいは今回と同じ?**: 同じ・違う ○**程度は今回の方が:** 強い・軽い・同じ○**以前は診てもらいましたか?** ( \_\_\_\_\_ ) 病院、( \_\_\_\_\_ ) 科 ・受診なし○**いままでに頭の検査 (CT・MRI) を受けたことはありますか?** \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 病院)

めまいの問診票 お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 年 月 日

あなたが日常生活で、ふらつきやめまい感などの症状のために、どれだけ困っているかお答え下さい。  
はい(●)4点、時々(▲)2点、いいえ(X)0点。

1	上を見上げると、症状が悪化しますか？
2	症状のために、ストレスを感じますか？
3	症状のために、仕事や遊びで旅行に出かけるのを控えていますか？
4	スーパーなどの通路を歩いていると、症状が強くなりますか？
5	症状のために、布団から寝起きするのが困難に感じますか？
6	食事、映画、踊り、パーティーなどの社会生活を控えていますか？
7	症状のために、読むことが困難ですか？
8	スポーツ、踊り、家事(掃除、皿洗いなど)で症状が悪化しますか？
9	症状のために、一人で出かけることに不安を感じますか？
10	症状のために、人前で困ってしまったことはありますか？
11	急に頭を動かすと、症状が悪化しますか？
12	症状のために、高いところは苦手ですか？
13	寝返りで、症状は悪化しますか？
14	症状のために、骨の折れる家事や庭仕事は困難ですか？
15	人から自分が酔っぱらっていると思われるのではないかと、心配ですか？
16	症状があるために、一人で散歩するのは困難ですか？
17	歩道をおくると症状が悪化しますか？
18	症状のために、集中力が落ちましたか？
19	夜間、家の周りなど(よく知っているところ)でも歩くのは困難ですか？
20	症状があるために家で一人で居ることがこわく感じますか？
21	症状のために、ハンディを感じたことはありますか？
22	症状のために、家人や友人とうまくいかないことがありますか？
23	症状のために、気分が沈み込むことがありますか？
24	症状のために、仕事や家事を責任もってできないことがありますか？
25	お辞儀をすると症状が悪化しますか？

動作によるアンケート 困るところにチェックしてください。

	非常に	かなり	多少	少し	困らない
平らなところを歩く					
階段を下りる(デパート、駅など)					
動いている乗り物(バス、電車など)の中で立っている					
立ってズボンやスカートをはく					
夜間(暗いところ)での歩行					
動いているものを見る(テレビの画面など)					
急に振り返る					
お辞儀をする					
上を向く、そり返る					
起床、臥床をスムーズに行う					
人ごみの中をスムーズに歩く					

過去1ヶ月間におけるあなたの通常の睡眠の週間についておたずねします。

過去1ヶ月間についての大部分の日の昼と夜を考えて以下のすべての質問項目にできる限り正確にお答えください。

名前 \_\_\_\_\_ 日付西暦 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
(ID \_\_\_\_\_ )

問1 過去1ヶ月間において、通常何時頃に寢床につきましたか？

就寝時間 (1. 午前、 2. 午後) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろ

問2 過去1ヶ月間において、寢床についてから寝るまでにどれくらい時間を要しましたか？

約 \_\_\_\_\_ 分

問3 過去1ヶ月間において、通常何時頃に起床しましたか？

起床時間 (1. 午前、 2. 午後) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろ

問4 過去1ヶ月間において、実際の睡眠時間は何時間ぐらいでしたか？

これは、あなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があります。

睡眠時間 \_\_\_\_\_ 一日平均 約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

問5 過去1ヶ月間において、どれくらいの頻度で、以下の理由のために睡眠が困難でしたか？  
最も当てはまるものに○印をつけてください。

問5a 寢床についてから30分以内に眠ることができなかったから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1~2回      4. 1週間に3回以上

問5b 夜間または早朝に目が覚めたから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1~2回      4. 1週間に3回以上

問5c トイレに起きたから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1~2回      4. 1週間に3回以上

問5d 息苦しかったから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1~2回      4. 1週間に3回以上

問5e 咳が出たり、大きなイビキをかいたから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1~2回      4. 1週間に3回以上

(質問は、ウラに続きます)

問 5f ひどく寒く感じたから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 5g ひどく暑く感じたから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 5h 悪い夢を見たから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 5i 痛みがあったから。

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 5j 上記以外の理由があれば、記載してください。

理由： \_\_\_\_\_

問 6 過去1ヶ月において、ご自身の睡眠の質を全体としてどのように評価しますか？

1. 非常によい      2. かなりよい      3. かなり悪い      4. 非常に悪い

問 7 過去1ヶ月において、どのくらいの頻度で眠るために薬を服用しましたか？

(医師に処方された薬、または薬局で買った薬)

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 8 過去1ヶ月間において、どのくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など眠ってはいけない時に、起きていられなくなり困ったことがありましたか？

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 9 過去1ヶ月間において、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？

1. 問題はなかった      2. ほんのわずかだけ問題があった  
3. いくらか問題があった      4. 非常に大きな問題があった

問 10 鼻炎がありますか？

1. 花粉症のみ      2. 通年性アレルギー性鼻炎  
3. 通年性アレルギー性鼻炎と花粉症      4. その他の鼻炎      5. なし

問 11 鼻つまりで睡眠が障害されることがありましたか？

1. なし      2. 1週間に1回未満      3. 1週間に1～2回      4. 1週間に3回以上

問 12 枕についてお聞きします。

1. 低め      2. 高め      3. 柔らかめ      4. 硬め      5. 普通      6. その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。