お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あてはまる項目に〇をつけてください

1, めまいは今回が初めてですか？

・初めて

・同じめまいが　　日前、　　ヶ月前、　　年前にあり

2, 「めまい」はどのような感じですか？

・天井が回る感じ

・景色が流れて動いていく感じ

・ふわふわする感じ

・吐き気がある

・嘔吐した

3, 「めまい」はどれくらいの時間続きましたか？

・一瞬か数十秒ぐらい

・数十分から数時間、半日くらい

・一日以上ずっと

4, どんな時にめまいがしますか？

・横になるとき　・起き上がるとき　・寝返り　・上下を向くとき

・振り向くとき　・立ち上がるとき　・立っているとき　・歩くとき　・常に

5, 「めまい」が起こるときに何か他の症状はありますか？

・耳鳴り　・難聴　・耳のつまり感

・ろれつ回らない、話しにくい　・手足のしびれ

6, 日頃の生活で気になることはありますか？

・肩こり　・首こり　・頭痛　・ムチウチ

・ストレス　・パソコン、スマホ（1日　　時間）

・入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる

・少し動くと動悸あるいは息切れがする

・朝なかなか起きられず、午前中の調子が悪い

・顔色が青白い　・食欲不振　・強い腹痛をときどき訴える　・乗り物酔い