

Oota めまい問診票

あてはまるものに けてください。

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> 浮遊性要素が強い | <input type="checkbox"/> 回転性要素が強い |
| 2 | <input type="checkbox"/> いつ始まったかわかりにくい | <input type="checkbox"/> 突然発症した |
| 3 | <input type="checkbox"/> めまいは持続する | <input type="checkbox"/> めまいは反復する |
| 4 | <input type="checkbox"/> 難聴・耳鳴り・耳閉感を伴わない | <input type="checkbox"/> 難聴・耳鳴り・耳閉感を伴う |
| 5 | <input type="checkbox"/> 体位変換と関係はない | <input type="checkbox"/> 体位変換と関係がある |
| 6 | <input type="checkbox"/> 頭頸部の特定の姿勢位と関係しない | <input type="checkbox"/> 頭頸部の特定の姿勢位と関係する |
| 7 | <input type="checkbox"/> 発作の時間が比較的長い
・数分程度～ | <input type="checkbox"/> 発作の時間が比較的短い
・数秒～数分以内 |
| 8 | <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作、脳梗塞の既往はない | <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作、脳梗塞の既往がある |
| 9 | <input type="checkbox"/> 頭部打撲・頭部外傷・耳出血・頭蓋骨骨折などの既往はない | <input type="checkbox"/> 頭部打撲・頭部外傷・耳出血・頭蓋骨骨折などの既往がある |
| 10 | <input type="checkbox"/> 高血圧症がある | <input type="checkbox"/> 高血圧症はない |
| | <input type="checkbox"/> 低血圧症がある | <input type="checkbox"/> 低血圧症はない |
| | <input type="checkbox"/> 立ちくらみがある | <input type="checkbox"/> 立ちくらみはない |
| 11 | <input type="checkbox"/> 心臓の病気がある | <input type="checkbox"/> 心臓の病気はない |
| | <input type="checkbox"/> 不整脈がある | <input type="checkbox"/> 不整脈はない |
| | <input type="checkbox"/> 頭痛持ちである | <input type="checkbox"/> 頭痛持ちではない |
| 12 | <input type="checkbox"/> 以前は頭痛持ちだった | |
| | <input type="checkbox"/> 肩こりがある | <input type="checkbox"/> 肩こりはない |
| 13 | <input type="checkbox"/> 光・音・臭いが気になる | <input type="checkbox"/> 光・音・臭いは気にならない |
| 14 | <input type="checkbox"/> 不眠がある | <input type="checkbox"/> 睡眠は良好 |
| 15 | <input type="checkbox"/> 以前、精神科で治療歴がある | <input type="checkbox"/> 治療歴はない |

年 月 日 お名前

男・女

歳

大田こうすけ