

パワープレート利用にかかる

めまい、網膜剥離等に関する問診票

お名前		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (才)
ご住所	箕面市	電話番号	
記入日	令和 年 月 日	確認者	

I めまい

- あなたはこれまでに、めまいを起こしたことがありますか。
A. はい B. いいえ (→II 網膜剥離へ)
- どのようなめまいでしたか。
A. 見ている景色がぐるぐる回るめまい
B. フワフワとして、ふらつきのするめまい
C. 目の前が急に暗くなって、クラッとするめまい
- 最近でいつ起こりましたか。
A. 1週間以内 B. 1か月以内 C. 3か月以内 D. 半年以内 E. 半年以上前
- めまいはどのくらいの頻度で起きますか。(一番多いものに○をしてください)
A. 毎日 B. 週1回以上 C. 月1回以上 D. 年1回以上

II 網膜剥離

- あなたはこれまでに、医師から「網膜剥離」と診断されたことがありますか。
または、網膜剥離の危険性が高い状態(網膜裂孔、網膜円孔、黄斑円孔、黄斑前膜、糖尿病性網膜症)であると指摘されたことがありますか。
A. はい B. いいえ

裏面に続く

