DHI

記載日　　年　月　日

氏名

この調査の目的は、あなたがめまいによって、日常生活上どのような支障をきたしているのかを知ることにあります。

それぞれの質問に「はい」「時々」「いいえ」のどれかに〇をしてください

		4	2	0	医師記入欄（こちらには、記入しないで下さい。） P	E	F
1	上を見上げると、めまいは悪化しますか？	はい	時々	いいえ			
2	めまいのために、ストレスを感じますか？	はい	時々	いいえ			
3	めまいのために、出張や旅行などの遠出が制限されていますか？	はい	時々	いいえ			
4	スーパーマーケットなどの陳列棚の間を歩く時に、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
5	めまいのために、寝たり起きたりすることに支障をきたしますか？	はい	時々	いいえ			
6	めまいがひどいために、映画、外食、パーティーなどに行くことを制限していますか？	はい	時々	いいえ			
7	めまいのために、本などを読むのが難しいですか？	はい	時々	いいえ			
8	スポーツ、ダンス、掃除や皿を片付けるような家事などの動作でめまいが　増強されますか？	はい	時々	いいえ			
9	めまいのために、１人で外出するのが怖いですか？	はい	時々	いいえ			
10	めまいのために、人前に出るのが嫌ですか？	はい	時々	いいえ			
11	頭をすばやく動かすと、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
12	めまいのために、高い所へは行かないようにしていますか？	はい	時々	いいえ			
13	寝返りをすると、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
14	めまいのために、激しい家事や庭掃除などをすることが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
15	めまいのために、周囲から自分が酔っているように思われているのではないかと心配ですか？	はい	時々	いいえ			
16	めまいのために、１人で散歩に行くことが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
17	歩道を歩くときに、めまいは増強しますか？	はい	時々	いいえ			
18	めまいのために、集中力が妨げられていますか？	はい	時々	いいえ			
19	めまいのために、夜暗い中、家の周囲を歩くことが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
20	めまいのために、家に１人でいることが怖いですか？	はい	時々	いいえ			
21	めまいのために、自分がハンディキャップを背負っていると感じますか？	はい	時々	いいえ			
22	めまいのために、家族や友人との関係にストレスが生じていますか？	はい	時々	いいえ			
23	めまいのために、気分が落ち込みがちになりますか？	はい	時々	いいえ			
24	めまいのために、あなたの仕事や家事における責任感が損なわれていますか？	はい	時々	いいえ			
25	身体をかがめると、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			