

頭痛問診票

ご予約が取れた日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分 記入日 年 月 日

お名前 _____ (男 女) _____ 歳

次の質問で、あてはまる答えを選んで をつけてください(いくつでも)

1:いま、つらい頭痛がある方はお申し出ください。 ある ない

2:頭痛が気になり始めたのはいつ頃からですか？

今回が初めて _____歳ころから 最近、頻度や痛みがひどくなった

3:頭痛の起こる頻度はどれくらいですか？

毎日のように起こる 時々起こる(1ヶ月に_____回くらい)
 一定期間ほぼ毎日 1年に_____回

4:頭痛はどのくらい続きますか？(薬を飲まないとき、あるいは飲んででも効かないとき)

数秒 数分 数時間 1~3日 1週間以上

5:どのへんが痛みますか？

こめかみ 目のあたり 後頭部 頭全体 片側 その他_____

6:どのような痛みですか？

突然の激痛 ひどくなると脈打つ 締め付け
 鈍く重い 眼球をえぐられるよう 動くにつらい
 2種類以上の頭痛 その他_____

7:痛みの強さはどの程度ですか？

生活に支障がない(軽度) 鎮痛剤を飲めばなんとかなる(中等度)
 仕事や家事、学校を休むことがある(強度) 痛みは強いときも軽いときもある
 頭痛で困ったことがある(例えば？_____)

8:頭痛のときに次のような症状がありますか？

吐き気・吐く まぶしさ・音・においなどに敏感 涙がでる・充血 だるさ
 鼻水、鼻づまり めまい 肩こり その他_____

9:どんなときに頭痛が起こりやすいですか？

ストレスの最中 ストレスが一段落したとき 週末、休日
 睡眠不足、寝すぎ 月経の前後 運動
 天候が変化したとき 光がまぶしいとき その他_____

10:頭痛の前触れとして次のような症状がありますか？

生あくび 空腹感 肩こり だるさ
 目の前にチカチカが見える その他_____

11:ご家族で同様の症状をお持ちの方はいますか？

いない いる:ご本人との関係 _____

身長

体重

体温