

頭痛の支障度(MIDAS)

あなたの頭痛について質問します。この結果で頭痛がどれだけ日常生活に支障をきたしているかを、知ることができます。

このシートを元に、医師とご相談ください。

記入のしかた：過去3か月の間にあったすべての頭痛について、以下の質問にお答え下さい。

それぞれの質問の右側の欄に答えを記入して下さい 該当する出来事がなければ、0(ゼロ)と記入します。

1.過去3か月の間で、頭痛のために仕事または学校を休んだ日が何日ありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
2.過去3か月の間で、頭痛のために仕事や学校での勉強がいつもの半分以下しかできなかった日が何日ありましたか (質問1で、仕事または学校を休んだ日がある場合は、その日数は入れないでください)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
3.過去3か月の間で、頭痛のために家事が出来なかった日が何日ありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
4.過去3か月の間で、頭痛のために家事がいつもの半分以下しかできなかった日が何日ありましたか (質問3で、家事が出来なかった日がある場合は、その日数は入れないでください)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
5.過去3か月の間で、頭痛のために家庭での行事や、付き合い・用事や遊びが出来なかった日が何日かありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
合計	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
A.過去3か月の間で、頭痛のあった日は何日ありましたか(頭痛が1日以上続いた場合は、それぞれの日を1日と数えて下さい)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
B.頭痛の程度について、0~10点で採点するとすれば、平均で何点でしたか(この場合、まったく頭痛がなかった場合は0点、これ以上ないくらい痛かった場合を10点とします)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
●MIDAS 評価のしかた		
質問1~5に対して、あなたが記入した日数を合計し、スコア票に照合して支障度を評価します。		
MIDSのスコアは、重症度に応じて以下の4段階に分類されます。		
評価段階	定義	スコア(合計日数)
I	日常生活に支障全くなし、またはほとんどなし	0~5
II	日常生活に軽度の支障	6~10
III	日常生活に中等度の支障	11~20
IV	日常生活に重度の支障	21+

質問A、Bをも含むすべての回答結果を評価することにより、頭痛による日常生活への支障度のみならず、重症度をも確認できるしくみになっています

MIDS 日本語版は、当クリニック顧問 坂井文彦先生の監修のもとに開発されました

Japanese translation of the MSQ

あなたの片頭痛について質問します。

このシートを元に、医師とご相談ください。

記入のしかた：過去4週間の間にあったすべての片頭痛について、以下の質問にお答え下さい。

それぞれの質問の右側の欄に答えを記入して下さい

1. 過去4週間に、片頭痛のため、家族、友人、親しい人達とのつきあいに支障を来たすことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
2. 過去4週間に、片頭痛のため、あなたの余暇活動、例えば読書あるいは運動の際に支障を来たすことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
3. 過去4週間に、片頭痛のため、仕事あるいは日常活動を行うことが困難だったことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
4. 過去4週間に、片頭痛のため、会社や家族でやろうと思っていた仕事をいつもと同じようにこなせなかったことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
5. 過去4週間に、片頭痛のため、仕事あるいは日常生活で集中出来ないことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
6. 過去4週間に、片頭痛のため、体がだるくて仕事あるいは日常活動においてなにもできなかったことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
7. 過去4週間に、片頭痛のため、元気がないと感じた日がありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
8. 過去4週間に、片頭痛のため、仕事あるいは日常活動を取りやめなければならないことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
9. 過去4週間に、片頭痛が起きた時、家事、用事、買い物、人の世話などの日常の仕事をするために助けを必要としたことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
10. 過去4週間に、片頭痛の症状に対処するため、仕事あるいは日常活動を中断することがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
11. 過去4週間に、片頭痛のため、人とのつきあい、例えば、パーティや友人との食事などに出かけられなかったことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
12. 過去4週間に、片頭痛のため、うんざりした気分や欲求不満を感じたことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
13. 過去4週間に、片頭痛のため、自分は人の負担になっていると感じたことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時
14. 過去4週間に、片頭痛のため、人をがっかりさせるのではないかと心配したことがありましたか？
①なし ②少し ③時々 ④かなり ⑤ほとんど ⑥常時

合計