



# 頭痛問診票

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( /10)  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、あるいは飲んでも効かないとき)**

数秒  数分  3時間以内  数時間~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  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  その他 \_\_\_\_\_

2種類以上の頭痛  頭痛時は(動くとき辛い、動いても同じ、静かにしてられない)

**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 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  ブラシ・櫛で髪をとかした時  週末、休日

睡眠不足、寝すぎ  月経の前後  運動、アルコール摂取

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・首こり  だるさ

目の前にチカチカが見える  その他 \_\_\_\_\_

**10: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