

頭痛の問診票

各質問に対して当てはまるものを丸で囲み、空欄を埋めてください

お名前

年齢

1. いつから頭痛がありますか。
歳頃、 年 月頃から、(日、 週、 月)前から
2. どのくらいの頻度ですか。
年 回、月 回、ほぼ毎日、今回が初めて、その他 ()
3. 1回の頭痛はどれくらい続きますか。
数日間、丸一日、半日、1～3時間、一瞬、その他 ()
4. 頭痛が起こるところはどこですか。(複数回答可)
片側(右、左)、両側、真ん中、目の周り、前、後、横、てっぺん、頭と首の境目、その他 ()
5. どのような痛みですか。(複数回答可)
ずきんずきんと脈打つ、締め付ける、刺されるような、ぴりぴり、掴まれるような、えぐられるような、
焼けるような、割れるような、ガンガンする、重い、コリのような、その他 ()
6. 痛みの程度。仕事や日常生活は： 問題なし、何とか我慢して出来る、何もできずに寝込んでしまう
7. 頭痛があるとき、普段の動作(階段の昇降など)や体操、運動をすると頭痛が
悪化する、変わらない、改善する、その他 ()
8. 頭痛に伴う症状はありますか。(複数回答可)
吐き気・嘔吐、光が眩しい、音がうるさい、臭いに敏感、目が充血、涙が出る、鼻水が出る、めまい、
脱力感、ダルい、肩こり、首が痛い、手や足がしびれる、その他 ()
9. 頭痛の前ぶれはありますか。(複数回答可)
なし、ギザギザした光が見える、手や足がしびれる、その他 ()
10. 頭痛の起こりやすい時刻、状況(複数回答可)
朝・起床時、午前中、午後、夕方、夜、睡眠中、週末休日、生理中、入浴中、排便時、運動時、
天気が悪い時、雨の前日、特になし、その他 ()
11. 思い当たる原因はありますか。(複数回答可)
なし、睡眠不足、寝すぎ、疲れ、ストレス、緊張、空腹、運動、飲酒、その他 ()
12. 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数、効果について
薬品名： 使用日数・回数：月に 日、1日に 回
効果：よく効く、少しましになる、全然効かない
13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。 CT、MRI、その他
14. ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。 なし、あり(続柄：)
15. 診察、検査、治療についての希望(複数ある場合は優先順位の番号を記載してください)
() とりあえず痛みを軽くしたい () 頭痛の回数を減らしたい () 原因を知りたい
() 検査をしてほしい () その他(具体的に：)

ご記入ありがとうございました。受診当日はこちらの用紙を一緒にお持ちください。