

頭痛の問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____

- 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
- 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 ()
- 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか。
ずっとある 数日間 丸1日 半日 1~3時間 瞬間 その他 ()
- 頭痛がお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 いつもちがうところが痛む 目のまわり
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首のさかいめ その他 ()
- どのような痛みですか(複数回答可)。
ずきんずきんと脈を打つ しめつける 刺されるような ぴりぴり つかまれるような
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 ()
- 頭痛がある時、ふだんの動作(階段の昇降など)や、体操、運動をすると、頭痛が
悪化する かわらない 改善する その他 ()
- 頭痛に伴う症状はありますか(複数回答可)。
はきけ、嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感 ()
目が充血する 涙がでる 鼻水がでる めまい 脱力感、体がだるい
肩こり 首が痛む 手や足がしびれる その他 ()
- 頭痛の前ぶれはありますか(複数回答可)。
なし ギザギザとした光がみえる 手や足がしびれる その他 ()
- 頭痛がおこりやすい時刻、状況
朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中(女性の方) 特になし
- 思い当たる誘因や原因はありますか(複数回答可)。
なし 睡眠不足 寝すぎ 疲れている ストレス 緊張 空腹 運動
飲酒 その他 ()
- 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、一日に 回、その他 ()
効果：よく効く 少しましになる ぜんぜん効かない
- 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 () 歳頃、 年 月頃
- 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：)
- あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。
()

