

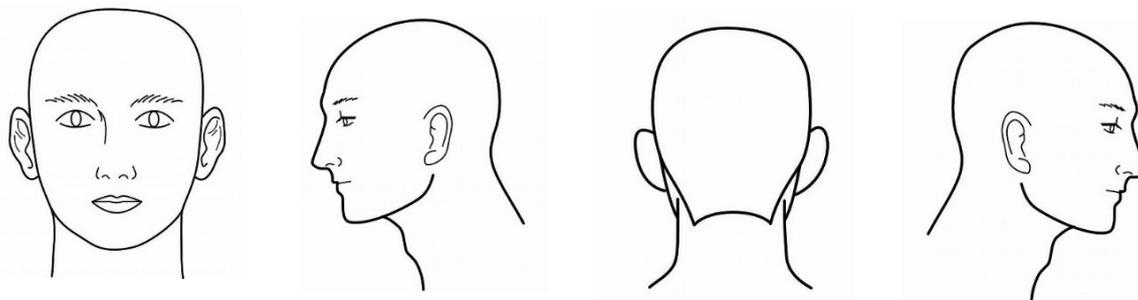
頭痛外来 問診票

以下の問いには複数当てはまる場合は複数の丸を書いてください。

1. 頭痛はいつ頃からありますか？ 慢性的な頭痛はありますか？ 有・無（ 回/ 月）

今日 昨日 1週間前 1ヶ月前 半年前 1年前 10年以上前

2. どこが痛みますか？（頭・首）



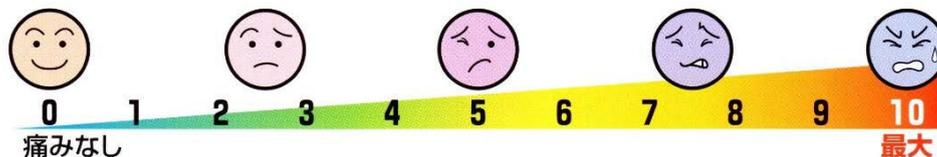
3. どんな痛み方ですか？

- ①脈打つような ②締め付けられるような ③電気が走るような ④ハンマーで ⑤その他
 押さえられるような 刺されるような 殴られたような 頭全体が重い



- ⑤その他
 頭全体が重い
 目の奥が痛い
 割れそうに痛い
 爆発するような痛み

4. 痛みの程度、症状の強さ、つらさの程度は？

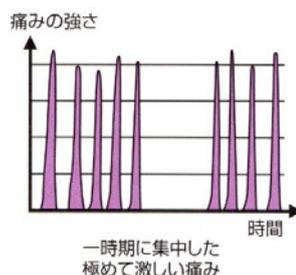
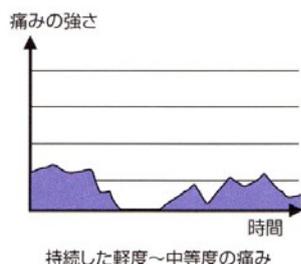
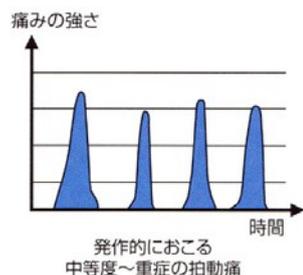


- 体や頭を動かすと頭痛が悪化 ・しない ・する ・寝込む ・寝ていると頭痛が楽になる
 いつもと違う頭痛ですか？ ・いつもと同じ ・いつもと違う頭痛

5. いつ頃痛くなりますか？

朝 昼 夕 夜 いつも

6. 頭痛の頻度、程度は？



頭痛の持続時間

- ・数秒
- ・数分
- ・数時間
- ・数日
- ・1ヶ月以上持続

※裏面あります。

7. 頭痛があるときに吐き気がありますか？

ある ・ ときどきある ・ ない

8. 頭痛の前ぶれはありますか？

ある ・ ときどきある ・ ない

肩こり



空腹感



あくび



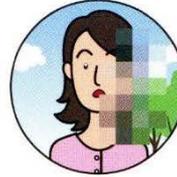
閃輝暗点



ミラーボール様
(切子様)



ギザギザ模様
(ガラスの破片様)



モザイク様



対象が光って見える、
光の点・線が見える

・頭痛がある時に、光がまぶしく感じたり、音がうるさく感じたり、臭いが嫌だと感じますか？ (有 ・ 無)

(頭痛の時には暗い所にいるのが楽、テレビやスマホ画面を見るのが辛い)

9. どのような頭痛薬を服用していますか？

服用していない

服用している (薬の名前 : _____)

服用頻度 _____ 回 / 月、 _____ 回 / 日

10. ご家族に頭痛持ちの方はいますか？

いない

いる (どなたでしょうか？ _____)

11. ご家族に、くも膜下出血の方はいますか？ 頭の病気の方はいますか？ (脳腫瘍、脳卒中など)

いない

いる (どなたでしょうか？ _____)

12. 健康診断等で、腎臓・肝臓、心筋梗塞・狭心症の疾患を指摘されたことはありますか？

(有 ・ 無)

※女性の方へ※

・生理の前後で頭痛がひどくなりますか？ ・ひどくなる ・ひどくならない

・頭痛の原因となったストレスはありますか？ ・ある ・ない

ある 職場や仕事・子育て・介護・睡眠不足・その他 (_____)

※小・中学生・学生の方へ※

・スマートフォンやゲームは長時間しますか？ はい ・ いいえ

13. 先生に伝えたいことがあれば、書いて下さい。