

頭痛問診票（頭痛外来）

ID

お名前

様

1. いつから頭痛がありますか？

|  |
|--|
|  |
|--|

2. どのくらいの頻度ですか？（該当する項目を○で囲んでください）

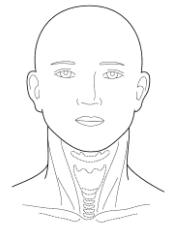
|      |           |           |        |     |
|------|-----------|-----------|--------|-----|
| ほぼ毎日 | 週に（    ）回 | 月に（    ）日 | 今回が初めて | その他 |
|------|-----------|-----------|--------|-----|

3. どのくらい続きますか？（該当する項目を○で囲んでください）

|          |     |    |    |     |       |    |
|----------|-----|----|----|-----|-------|----|
| ずっとある    | 数日間 | 終日 | 半日 | 数時間 | 数分・数秒 | 瞬間 |
| その他・自由記載 |     |    |    |     |       |    |

4. 頭痛がおこるところはどこですか？（該当する項目を○で囲んでください）

|          |      |     |      |     |      |
|----------|------|-----|------|-----|------|
| 右側       | 左側   | 両側  | 頭頂部  | 首筋  | 頭全体  |
| おでこ      | 目の周囲 | 目の奥 | こめかみ | 耳の上 | 耳の後ろ |
| その他・自由記載 |      |     |      |     |      |



5. どのような痛みですか？（該当する項目を○で囲んでください）

|          |         |         |        |          |
|----------|---------|---------|--------|----------|
| 脈打つような   | 締め付けられる | 刺されるような | ピリピリ   | 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・自由記載 |         |         |        |          |

6. 頭痛に伴い、頭痛以外の症状はありますか？（該当する項目を○で囲んでください）

|   |          |          |        |       |     |
|---|----------|----------|--------|-------|-----|
| 吐き気・嘔吐  | 光を不快に感じる | 音を不快に感じる | 眼が充血する | 匂いに敏感 | めまい |
| 脱力感・倦怠感                                       | 肩こり      | 涙が出る     | 首の痛み   | 鼻水がでる | しびれ |
| 視覚の異常（目が見えにくい・物が二重に見える・キラキラ、ギザギザが見える・閃輝暗点   ） |          |          |        |       |     |
| その他・自由記載                                      |          |          |        |       |     |

7. 頭痛があるとき、日常生活での動作や運動をすると頭痛に変化がありますか？

|          |       |      |
|----------|-------|------|
| 悪化する     | 変わらない | 改善する |
| その他・自由記載 |       |      |

※裏面もご記入お願いします※

8. 頭痛がおこりやすい時間帯はありますか？（該当する項目を○で囲んでください）

|          |     |       |     |       |       |
|----------|-----|-------|-----|-------|-------|
| 朝・起床時    | 午前中 | 午後・夕方 | 睡眠中 | 週末・休日 | とくになし |
| その他・自由記載 |     |       |     |       |       |

9. 思い当たる誘因や原因はありますか？（該当する項目を○で囲んでください）

|          |     |    |      |            |    |
|----------|-----|----|------|------------|----|
| 睡眠不足     | 寝過ぎ | 過労 | ストレス | 緊張         | 空腹 |
| 運動       | 飲酒  | 天気 | 生理中  | 頭をぶつけた（時期） |    |
| その他・自由記載 |     |    |      |            |    |

10. ご家族に頭痛持ち・脳疾患の方はいらっしゃいますか？

|     |    |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |
|-----|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| いいえ | はい | <input type="checkbox"/> 父親 | <input type="checkbox"/> 母親 | <input type="checkbox"/> 息子 | <input type="checkbox"/> 娘 | <input type="checkbox"/> 兄弟 | <input type="checkbox"/> 祖父 | <input type="checkbox"/> 祖母 | <input type="checkbox"/> 叔父 | <input type="checkbox"/> 叔母 |
|-----|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

11. ふだん服用されている鎮痛薬の使用日数・回数・効果を教えてください

|     |  |
|-----|--|
| お薬名 | 使用回数   |
| 効果： | <input type="checkbox"/> よく効いた <input type="checkbox"/> 多少効いた <input type="checkbox"/> あまり効かない |
| お薬名 | 使用回数   |
| 効果： | <input type="checkbox"/> よく効いた <input type="checkbox"/> 多少効いた <input type="checkbox"/> あまり効かない |

12. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい      医療機関名： | <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|------------------------------|

13. 頭痛に関してこれまで受けた検査がありますか？（時期も記入してください）

|               |              |            |    |       |
|---------------|--------------|------------|----|-------|
| 頭部MRI<br>（時期） | 頭部CT<br>（時期） | 脳波<br>（時期） | ない | わからない |
|---------------|--------------|------------|----|-------|

14. 頭痛に関して、不安や心配なこと、気になること・ご希望等を記載ください

ご記入ありがとうございました