

問診票（頭痛外来）

ID _____

お名前 _____

様

1. 頭痛持ちですか？

いいえ はい →いつもの頭痛と同じ頭痛ですか？ はい いいえ

2. いつから頭痛がありますか？

--

3. 頻度はどのくらいですか？（該当する項目を○で囲んでください）

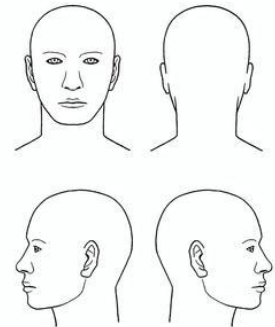
ほぼ毎日	週に（ ）回	月に（ ）日
今回が初めて	その他	

4. 頭痛はどのくらい続きますか？

ずっとある	（ ）日間	丸1日	半日	1～3時間	瞬間
その他					

5. 頭痛がおこるところはどこですか？

片側（右・左）	両側	前	後ろ
てっぺん	頭と首のさかい	目のまわり	全体
その他			



6. どのような痛みですか？

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
その他				

7. 頭痛に伴う症状はありますか？

吐き気・嘔吐	光がまぶしい・不快	音がうるさい・不快	匂いに敏感
視覚の異常・閃輝暗点	眼が充血する	涙が出る	鼻水が出る
首が痛む	肩こり	脱力感・倦怠感	手や足がしびれる
めまい	とくになし	その他	

8. 体を動かすと、頭痛が増強しますか？

増強する	変わらない	改善する
その他		

※裏面もご記入お願いします※

9. 頭痛がおこりやすい時間帯はありますか？

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					

10. 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）

天気・気圧の変化	睡眠不足	寝過ぎ	過労
生活が不規則	ストレス	緊張	飲酒
運動	生理	頭をぶつけた	とくになし
その他			

11. 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）
-----	---

12. 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	

13. 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
------------------------------------	------------------------------

14. 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 （ 時 期 ）	頭部CT （ 時 期 ）	脳波 （ 時 期 ）	ない	わからない
---------------------	--------------------	------------------	----	-------

15. 頭痛に関して、不安や心配なこと、気になること・ご希望等をご記入ください

ご記入ありがとうございました