

# 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）

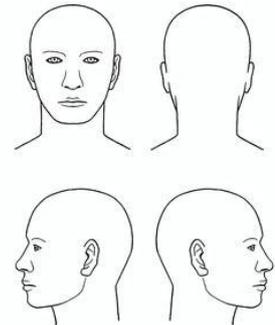
ほぼ毎日	週に（    ）回	月に（    ）日
今回が初めて	その他	

## 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		

※裏面もご記入をお願いします※

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