

# 問診票

( ) □ マイナ □ 保険証

(ふりがな)  
お名前 : \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

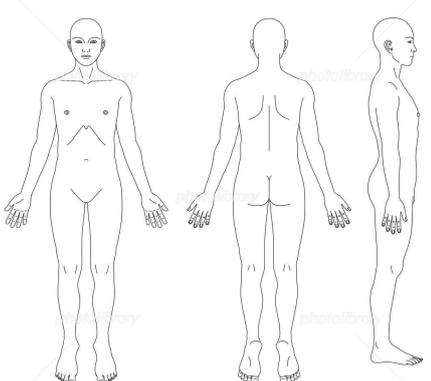
生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
〒 -

ご住所 : \_\_\_\_\_

身長	_____	cm
体重	_____	kg

連絡先 自宅 : - -  
携帯 : - -  
緊急連絡先 : - - (氏名(続柄) \_\_\_\_\_)

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています  
正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします  
・マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか？ □ 同意する □ 同意しない  
・この一年間に特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ □ はい □ いいえ

本日はどうなさいましたか？ 症状のある部位に○をつけてください 	<input type="checkbox"/> 頭痛 → 頭痛の方は頭痛問診票の記入をお願いします <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (紹介状は受付へ提示ください) <input type="checkbox"/> その他 (症状を記入してください)  その症状は _____ いつ頃からですか？ _____
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい ( _____ 歳) ( _____ 年) _____
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提示ください	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____ <input type="checkbox"/> 手帳あり _____
喫煙は？	<input type="checkbox"/> 吸わない □ 吸う ( _____ 本/日 _____ 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した ( _____ 年前から)
飲酒は？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 _____ 日) 種類 / _____ 量 / _____
お薬や食品のアレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし _____ <input type="checkbox"/> あり _____
女性の方へ 妊娠またはその可能性がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (□ 妊娠中 □ 妊娠の可能性あり □ 授乳中)

# 問診票（頭痛外来）

ID \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

様

## 1. 頭痛持ちですか？

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい →いつもの頭痛と同じ頭痛ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）

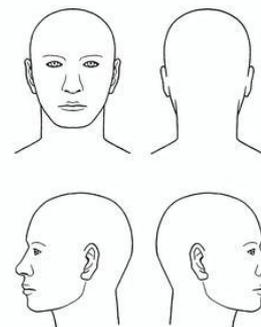
ほぼ毎日	週に（ ）回	月に（ ）日
今回が初めて	その他	

## 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