

頭痛の問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____

1. いつから頭痛がありますか。
歳頃、 年 月頃から、(日、 週、 月)前から
2. どのくらいの頻度ですか。
年に 回 月に 回 ほぼ毎日 今回が初めて その他 ()
3. 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか。
ずっとある 数日間 丸1日 半日 1～3時間
瞬間 その他 ()
4. 頭痛がおこるところはどこですか(複数回答可)。
片側(右 左) 両側 真ん中 いつも違うところが痛む 目の周り
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首の境目 その他 ()
5. どのような痛みですか(複数回答可)。
ずきんずきんと脈打つ しめつける 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 ()
6. 痛みの程度
仕事や日常生活に問題なし。 仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている。
仕事や家事ができない。寝込んでしまう。
7. 頭痛がある時、普段の動作(階段の昇降など)や体操、運動をすると、頭痛が
悪化する かわらない 改善する その他 ()
8. 頭痛に伴う症状はありますか(複数回答可)。
はきけ、嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感 ()
目が充血する 涙がでる 鼻水がでる めまい 脱力感・体がだるい
肩こり 首が痛む 手や足がしびれる その他 ()
9. 頭痛の前ぶれはありますか(複数回答可)。
なし ギザギザとした光がみえる 手や足がしびれる その他 ()
10. 頭痛が起こりやすい時刻、状況
朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中 特になし
11. 思い当たる誘因や原因はありますか(複数回答可)
なし 睡眠不足 寝過ぎ 疲れている ストレス 緊張 空腹 運動
飲酒 その他 ()
12. 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数・効果について
薬品名：
使用日数・回数：月に 回、一日に 回、その他 ()
効果：よく効く 少しましになる ぜんぜん効かない その他 ()
13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。
CT MRI その他 () 歳頃、 年 月頃
14. ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。 なし あり(続柄)
15. あなたの頭痛について、他に心配なことがあれば教えてください。
()