

## 頭痛問診票

氏名 ( ) 年齢 ( 歳) 性別 (男・女)

\*該当する□にチェックしてください。自由記載欄は具体的にご記入ください。

- ① 頭痛を起こり始めたのは**何歳**からですか？ ( 歳)
- ② 1カ月の間に頭痛が**全くない日数**は何日ですか？ ( 日)
- ③ 頭痛が起こるとどのくらい**続きますか**？  
☐瞬間的 ☐数分間 ☐1～3時間 ☐24時間以内 ☐1～3日程度 ☐3日以上
- ④ 痛む**場所**はどこですか？  
☐片側(右・左) ☐両側 ☐前頭部 ☐側頭部・こめかみ ☐後頭部・頸部 ☐目の周囲
- ⑤ 頭痛の**性状**はいかがですか？  
☐ズキズキ・脈打つ ☐締め付ける ☐肩こり・おもだるい ☐刺すような ☐その他 ( )
- ⑥ 頭痛の**程度**はいかがですか？  
☐我慢できる程度 ☐程度は強いが日常生活を何とかこなせる ☐寝込む・仕事や学校を休む
- ⑦ **頭痛以外**の症状はありますか？  
☐吐き気 ☐肩こり ☐めまい ☐だるさ ☐腹痛 ☐その他 ( )
- ⑧ 頭痛が起こる前に**前兆**はありますか？  
☐ない ☐ギザギザ光って見える ☐視野が欠ける ☐変な匂いがする ☐吐き気 ☐耳鳴り ☐しびれ  
☐半身の脱力感 ☐言葉が出にくい ☐その他 ( )
- ⑨ 頭痛時に使用する薬(**痛み止め**)はありますか？  
☐ない ☐ある  
市販薬( ) ☐効果あり ☐効果なし  
処方薬( ) ☐効果あり ☐効果なし
- ⑩ 1カ月で痛み止めはどのくらい**使用**しますか？ ( 錠/月)
- ⑪ 頭痛**予防薬**を使用していますか？  
☐使用していない ☐使用している ( ☐ミグシス ☐アミトリプチリン ☐バロプロ酸 ☐その他)
- ⑫ 過去に以下の疾患と診断されたことがありますか？  
☐心筋梗塞 ☐狭心症 ☐脳梗塞 ☐一過性脳虚血発作(一時的に言葉がでにくい・手足が動かないなど)
- ⑬ 過去にCTやMRIなどの**頭の検査**をしたことがありますか？  
☐ない ☐CT ( 年前) ☐MRI ( 年前)
- ⑭ **親族**に頭痛もちの方はいますか？  
☐両親 ☐兄弟 ☐祖父母 ☐親戚 ☐いない
- ⑮ 下記の食品や嗜好品を好んで摂取しますか？  
☐お酒 ☐コーヒ・カフェイン飲料 ☐ナッツ類 ☐チョコレート ☐乳製品 ☐加工肉製品 ☐タバコ
- ⑯ 頭痛を悪化させる因子はありますか？  
☐ない ☐不眠 ☐過眠 ☐天候・気圧 ☐お酒 ☐光 ☐音 ☐におい ☐人混み ☐ストレス
- ⑰ 女性の方で**月経周期**に頭痛は関連していますか？  
☐月経前 ☐月経中 ☐月経後 ☐関連していない ☐ピルを飲んでいる
- ⑱ その他に気になることがあればご記入ください。  
( )