

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 頭痛が起こり始めたのは**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**何回**使用しますか？ (回/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 ☐コーヒー・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。
()