

ID. _____

頭痛外来問診票

BP: / P:

この問診票は診察の際に参考とさせていただく目的でお願いするものです。

お名前

- 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
- どのくらいの頻度ですか？ ()
- 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？ ()
- 頭痛が起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 目のまわり 前 後ろ
横 てっぺん 頭と首のさかいめ その他()
- どのような痛みですか？(複数回答可)
ずきんずきん脈打つ しめつける 刺されるような ぴりぴり 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()
- 痛みの程度を教えてください。
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。我慢している。
仕事や家事が出来ない。寝込んでしまう。
- 頭痛がある時、普段の動作(階段昇降など)や体操、運動すると頭痛が
悪化する 変わらない 改善する その他()
- 頭痛に伴う症状はありますか？
はきけ、嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる においに敏感 目が充血する
涙がでる 鼻水が出る 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()
- 頭痛の前触れはありますか？(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()
- 頭痛が起こりやすい時刻、状況はいつですか？
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
- 思い当たる誘因や原因はありますか？
なし 睡眠不足 寝すぎ 疲労 ストレス 緊張 空腹 運動 飲酒
その他()
- 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数 回数、効果についてお答え下さい。
薬品名：
使用日数・回数：月に 日、一日に 回、その他()
効果：よく効く 少しマシになる ぜんぜん効かない
- 頭痛に関してこれまでに受けた検査はありますか？
CT MRI その他()
- ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はいらっしゃいますか？
なし あり(続柄：)
- あなたの頭痛について関連のありそうなことや心配なことがあれば教えてください。
()