

頭痛の問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 性別 男・女 _____ (ID _____)
身長 (_____ cm) 体重 (_____ Kg) 血圧 (_____ / _____ mmHg)

該当する項目の口に✓を記入してください。

- 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。 年 _____ 回 月 _____ 回 ほぼ毎日
 今回が初めて その他 (_____)
 - 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 (_____)
 - 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 いつもとちがうところが痛む 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)。
 ずきんずきんと脈を打つ 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
 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。
 仕事や家事ができない。寝込んでしまう。
- Ha days _____ /mo
Mig days _____ /mo
(医師が記入します。)
- 頭痛がある時、ふだんの動作(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 (_____)
 - 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 涙が出る 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 (_____)
 - 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見える 手や足がしびれる その他 (_____)
 - 頭痛がおこりやすい時刻、状況
 朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中 (女性の方) 特になし
 - 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 寝すぎ 疲れている 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
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 少しましになる ぜんぜん効かない
 - 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
 - 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： _____)
 - あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。
(_____)