

頭痛問診票

お名前 _____

男・女 _____

歳 _____

年 _____

月 _____

日 (記入) _____

体温 _____

次の質問で、あてはまる答えを選んで○印をつけてください。(いくつでも)

1. いま、頭痛がありますか？ ない ある(どんな頭痛ですか？ _____)

2. 頭痛はいつ頃からですか？

今度が始めて ()歳頃から 最近、頻度や痛みがひどくなった

3. 頭痛の起こる頻度はどれくらいですか？

毎日のように起こる 時々起こる(1ヶ月に 回くらい)

身長 _____

4. 頭痛はどのくらい続きますか？(薬を飲まないとき、あるいは飲んでも効かないとき)

数秒 数分 数時間 1~3日 毎日

体重 _____

5. どのへんが痛みますか？

こめかみ 目のあたり 後頭部 頭全体 その他(どのへんですか？ _____)

6. どのような痛みですか？

突然で痛い ひどくなると脈打つ 締め付け 鈍く重い 動くにつらいその他(どんな痛みですか？ _____)2種類以上の頭痛がある

7. 痛みの強さはどの程度ですか？

生活に支障がない(軽度) 鎮痛剤を飲めばなんとかなる(中等度)仕事や学校を休むことがある(強度) 痛みは強いときも軽いときもある頭痛で困ったことがある(例えば？ _____)

8. 頭痛のときに次のような症状がありますか？

吐き気 吐く まぶしさ・音・においなどに敏感めまい 肩こり その他(例えば？ _____)

9. どんなときに頭痛が起こりやすいですか？

ストレスの最中 ストレスが一段落したとき 週末 月経の前後天候が変化したとき 光がまぶしいとき その他(例えば？ _____)

10. 頭痛の前触れとして次のような症状がありますか？

生あくび 空腹感 肩こり 目の前にチカチカが見えるその他(どんな前触れですか？ _____)

11. 頭痛で病院やクリニックに相談したことがありますか？

ない ある(病院・クリニック名 _____)

病名は何といわれましたか？

どんな検査を受けましたか？

どんな治療を受けましたか？