

頭痛外来 問診表

氏名 _____

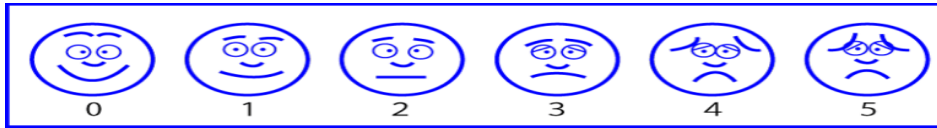
職業 _____

1、時期

- ① いまのタイプの頭痛はいつごろから始まりましたか？
()
- ② 1回の頭痛はどれくらい続きますか？
瞬間 1-3時間 ほぼ1日 数日 その他()
- ③ 1日のうちではいつが一番痛みますか？
朝 日中 夜 寝てるとき その他()
- ④ 頭痛の起こる頻度はおおむね次のどれですか？
ほぼ毎日 週数回 月数回 年数回 今回が初めて

2、痛みの性質や強さ

- ① どのような頭痛ですか？
脈打つようなズキズキするような しめつけられるような 電気が走るような
ハンマーで殴られたような その他()
- ② 痛みの程度にあてはまる数字に○をつけてください。



- ③ 体や頭を動かすと頭痛が悪化しますか？
しない する

3、痛みの部位

- おもにどのあたりが痛みますか
前 後ろ こめかみ 目のあたり てっぺん
首筋 その他()

4、頭痛以外の症状の有無

- ① 頭痛の前の症状について教えてください。
肩こり 空腹感 あくび 目の前がちかちか
見えづらさ その他()
- ② 頭痛に伴う症状について教えてください。
吐き気 嘔吐 光過敏 音過敏 めまい 耳鳴り 話しづらい
物が2重に見える 運動しづらい 意識が遠のく その他()

⇒裏面もご記入をお願いします。

5、お薬について

①頭痛薬を服用していますか？

いいえ はい(薬剤名: _____)

②使用頻度を教えてください。

(_____)

③ お薬の効果を教えてください。

効く あまり効かない 効かなくなった まちまち

6、ご家族について

①ご家族、血縁者で頭痛持ちの方はおられますか？

いいえ はい(続柄: _____)

②ご家族に脳卒中(くも膜下出血、脳梗塞、脳出血)や脳腫瘍の方はおられますか？

いいえ はい(続柄: _____ 疾患名: _____)

7、病気について

①いまの頭痛で受けた検査や診断はありますか？

CT MRI 脳波 その他(_____)

②眼、耳、鼻、歯の中で治療中のものはありますか？

いいえ はい(疾患名: _____)

8、女性の方へ

①生理の前後で頭痛がひどくなりますか？

いいえ はい

②妊娠中ですか？

いいえ はい

③頭痛の原因になったストレスはありますか？

なし 職場 子育て 介護 その他(_____)

9、学生の方へ

パソコンやスマートフォン、ゲームは1日何時間しますか？

1日 _____ 時間程度

10、気になることがあればご記入ください。

(_____)

