

頭痛問診票

お名前

男・女 才 平成年月日記入

次の質問に当てはまる答えを選んでレ印をつけて下さい（いくつでもいいです）

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？

今回が初めて 才頃から又は 年前位から 最近、頻度や痛みがひどくなつた。

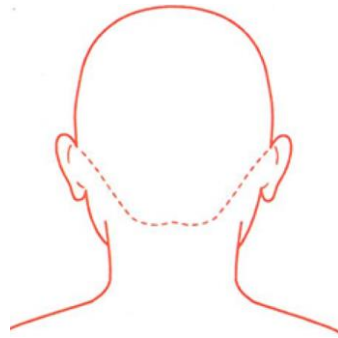
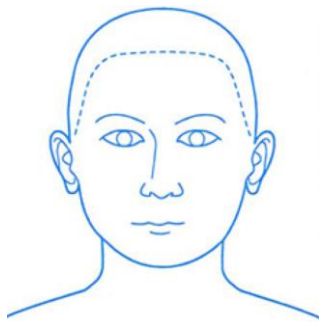
3. 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？

毎日のように起こる 時々起こる（1ヶ月に 回くらい）

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

数秒 数分 数時間 1-3日 毎日

5. どのへんが痛みますか？



6. どのような痛みですか？

突然で強い 締め付けられる感じ ひどくなると脈うつ感じ
 重くて鈍い 動くにつらい その他（）

7. 痛みの強さはどの程度ですか？

生活に支障がない（軽いが気になる） 薬を飲めばなんとかなる
 仕事や学校を休むことがある 痛みは強いときと軽い時がある

8. 頭痛の時に次の様な症状がありますか？

吐き気 吐く まぶしさ・音・においが気になる めまい
 肩こり 耳鳴 その他（）

9. どんな時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 生理の前後 天候が変化したとき
 季節の変わり目 その他（）

裏面もあります

10. 頭痛の前ぶれとして次の様な症状がありますか？

肩こり 生あくび 空腹感 目の前にチカチカが見える

その他 ()

11. 次の様なことで頭痛が出たり悪化したりしますか？

入浴 運動 飲酒

12. コーヒー（紅茶、日本茶なども含む）、お酒はどのくらい飲まれますか？

コーヒー飲まない 飲む 1日 杯位

お酒 飲まない 飲む 1日 位

13. 交通事故でむちうちと診断されたことがありますか？

いいえ はい (いつ頃ですか？)

14. 今まで頭痛で病院にかかったことがありますか？

ない ある (病院名)

ある方

いつ頃受診されましたか？ 頃 今もかかっている

病名はなんと言われましたか？ ()

どんな検査を受けましたか？ (MRI ・ CT ・ 脳波)

どんな治療を受けましたか？ ()

15. 頭痛の時どんなお薬を飲んでいますか？

市販薬 (名前)

病院の処方薬 (名前)

16. 家族の方で頭痛持ちの方はいますか。

いない いる (どなたですか？)

17. 女性の方へ

現在、妊娠の可能性はありますか いいえ はい

現在、授乳中ですか いいえ はい

この数年以内に妊娠の希望はありますか。 いいえ はい

産婦人科のホルモン剤や経口避妊薬（ピル）を内服されていますか。 いいえ はい

旭川ペインクリニック病院