

頭痛問診票

お名前

男・女 才

年 月 日 記入

次の質問に当てはまる答えを選んでし印をつけて下さい(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った。

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)

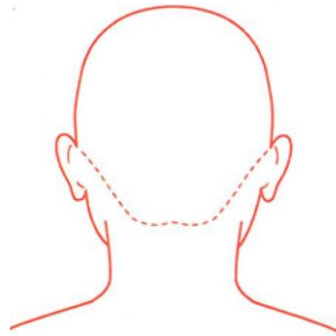
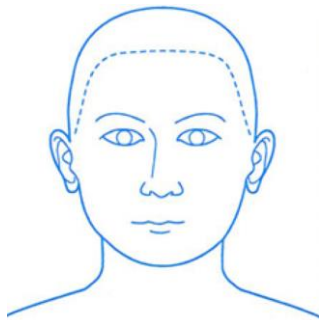
4. 頭痛はどの時間帯に多いですか？

起床時 午前中 午後 夕方 深夜 眠ってから

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

数秒 数分 数時間 1-3日 毎日

6. どのあたりが痛みますか？



7. どのような痛みですか？

突然で強い 締め付けられる感じ 脈うつ感じ ズキズキ
 重くて鈍い 動くにつらい その他()

8. 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

9. 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 顔面蒼白 脱力
 肩こり 耳鳴 鼻閉 涙が流れる 眼が充血する

10.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 天候が変化したとき
 季節の変わり目 睡眠不足 特定の食物()

11.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 見づらくなる
 顔面蒼白 からだに力が入らない 眠くなる 倒れる 不機嫌 耳鳴 めまい

前ぶれがおこってからどのくらいの時間で頭痛がおこりますか？

- すぐに 分 . 時間くらい

12. 次の様なことで頭痛が出たり悪化したりしますか？

- 入浴 シャワー 運動 飲酒 性交

13. 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

14. 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？)

15. 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) いつ頃受診されましたか？ (頃)
病名はなんといわれましたか？() 受けた検査は(MRI ・ CT ・ 脳波)

16. 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)

17. 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？)

18. 次の病気にかかったことはありますか？

- 副鼻腔炎(蓄膿症) てんかん 緑内障 脳卒中 睡眠時無呼吸症候群

19. 女性の方へ

- ◆月経や排卵時期に頭痛が起こりやすいですか いいえ はい
◆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