

票 診 予

ふりがな	身 長	cm	嗜好	○をしてください	ご職業
氏 名	体 重	kg	タバコ	・ 酒	
	利き手	右 ・ 左			

痛みを正しく診断するために予診票へのご記入をお願いします。

◆マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか。

○はい ○いいえ

◆当院を何でお知りになりましたか。

○他院紹介（○紹介状あり　○なし）　○知人　○家人　○看板　○電話帳
○メール相談　○広告媒体　○当院ホームページ　○当院SNS　○他インターネット
○当院ダイレクトメール　○受診歴あり

◆車の運転はされますか。

○はい（今日も車を運転して来院している○） ○いいえ

◆今回の症状が次によるものの方はチェックをしてください。

○交通事故 ○労務上の災害 ○けが（ころんだ、打った、ぶつけた、ねんざ）

◆今かかっている病気、今までかかった病気、受けた手術内容、時期など
お分かりになる範囲でお書きください。

○高血圧 ○心臓病 ○不整脈 ○ペースメーカー挿入 ○肺の疾患 ○喘息 ○糖尿病
○高コレステロール血症 ○肝臓病 ○腎臓病 ○脳卒中 ○癌（がん）○うつ病
○緑内障 ○インプラント治療 ○ステント治療 ○膠原病 ○リウマチ ○神経難病
○手術（
○その他（
入院歴（数年以内）（

◆今、他院からもらっているお薬がありますか。

お薬手帳あるいは薬そのものをお持ちでしたら、窓口にお出してください。

血液をさらさらにするお薬は飲まれていますか。 (はい ・ いいえ)
(ワーファリン、バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、ブラザキサ、イグザレルト、エリキュースなど)

◆薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。

その内容について（ ）

◆直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか。

マイナ保険証の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

○受けた（健診名： 　　　　　　　　　いつ頃： 　年　　月頃）　○受けていない

◆女性の方のみお尋ねします。

妊娠されている可能性はありますか。 (はい ・ いいえ)
 わからない場合は最終月経日をお書きください。 (年 月 日)
 授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

裏面に続く

◆病状をご本人以外で説明してよい方をお書きください。 （続柄 ）

◆がん告知についてのご希望をお尋ねします。

○自分にすべてしてほしい ○自分には知らせず家人にしてほしい

◆治療の内容の希望をお尋ねします。

ブロック注射治療 ○希望する ○希望しない（お薬やリハビリで治療をしたい）

MR I やC T などの検査 ○希望する ○希望しない

その他（ ）

◆記入していただいたデータ並びに検査の結果などにつきましては痛み診療向上のため個人が特定されない形で学会発表・論文などで使用させていただくことに同意をお願いします。

○同意する ○同意しない

- ★ 患者情報保護法に従った病院内の取り組み方についての広報が院内入り口に掲示してあります。必ず目をお通してください。
- ★ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

旭川ペインクリニック病院

頭痛問診票

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)

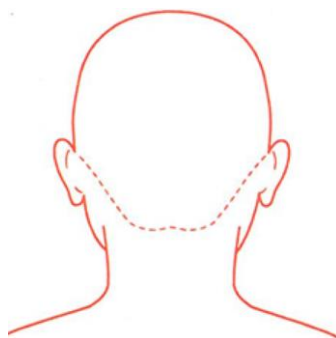
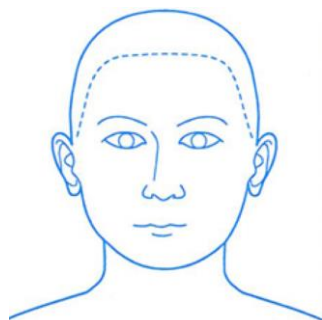
4. 頭痛はどの時間帯に多いですか？

☐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

裏面もあります

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）

病名は何と言われましたか？（ ） 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おりやすいですか ☐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