

小児・思春期頭痛問診票

名前：_____ 年齢：_____ 歳 ID _____
身長：_____ cm 体重：_____ kg

1. 頭痛はいつ頃から始まりましたか？
① 1週間以内 ② 1～4週間前 ③ 1～6ヶ月前 ④ それ以前（ _____ 歳頃から）
2. 頭痛は片側性ですか？
① はい ② いいえ ③ 不明
① はいの場合 (1. 右 2. 左 3. 決まっていない)
3. 頭痛の部位はどこですか？
① 眼の奥 ② 前頭部 ③ 頭頂部 ④ 後頭部・項部（うなじ） ⑤ 側頭部（こめかみ）
⑥ 頭全体 ⑦ 不明
4. 頭痛の程度は？
① がまんできる ② 勉強、遊び、仕事を中断してしまう
③ 階段を昇るなどの日常の動作で頭痛が強くなる
5. 頭痛はどんな性質の痛みですか？
① 拍動性（ズキンズキン、ガンガンする） ② 鈍痛（圧迫感または締め付け感）
③ その他（ _____ ）
6. 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？
① 月に1日以内 ② 月に2～4日 ③ 月に5～14日 ④ 月に15日以上
7. 頭痛は長い時でどのくらい続きますか？（頭痛後睡眠のある人は目がさめるまで）
① 2時間未満 ② 2～3時間 ③ 4時間～1日 ④ 1～3日 ⑤ ほぼ持続的
8. 頭痛は1日のうちいつ起こりますか？
① 朝～午前中 ② 午後～夕方 ③ 夜 ④ 決まっていない
9. 頭痛はどのように始まりますか？
① 突然始まる ② 徐々に始まる
10. 頭痛が始まる前に何か前ぶれはありますか？
① 眼の前が急に暗くなりピカピカ、チカチカする ② 不機嫌になる
③ 顔が青くなる ④ 物が見えにくくなる ⑤ おしゃべりがしづらくなる
⑥ まわりがグルグル回って見える ⑦ 耳鳴りがする ⑧ 耳が聞こえづらくなる
⑨ 物が二重に見える ⑩ よろめいたり倒れやすくなる
⑪ 両手足がチクチクしたりムズムズしたりする ⑫ 意識がぼんやりする
⑬ 両手足が動きづらくなる ⑭ ない
11. 10. で答えた前ぶれは長い時でどの位続きますか？
① 4分以内 ② 4分～1時間 ③ 1時間以上

（裏面もご記入ください）

12. 頭痛と 10. で答えた前ぶれの関係はどうか？
①前ぶれの後数分から 1 時間以内に頭痛が起きる
②前ぶれとほぼ同時に頭痛が起きる
③前ぶれの前に頭痛が起きる
13. 頭痛に誘因はありますか？
①疲労 ②睡眠不足 ③不安 ④人ごみ ⑤精神的緊張（ストレス）
⑥天候 ⑦運動 ⑧食物（チーズなど） ⑨におい（香水、タバコなど）
⑩その他（ ） ⑪ない
14. 頭痛に次の症状が伴いますか？
①吐き気 ②嘔吐 ③立ちくらみ ④めまい ⑤肩こり
⑥意識がぼんやりする ⑦顔が青くなる ⑧頭痛後の睡眠
⑨睡眠後頭痛が軽くなる ⑩まぶしがる ⑪音に過敏になる
⑫においに敏感になる ⑬腹痛 ⑭ない
15. 頭痛をもつ人が家族にいますか？
①父 ②母 ③兄弟 ④姉妹 ⑤祖父（父方、母方） ⑥祖母（父方、母方） ⑦いない
16. 今までに次の病気にかかったことがありますか？
①周期性嘔吐症（自家中毒症） ②熱性けいれん ③無熱性けいれん（てんかん発作）
④出生時の異常（ ）
⑤頭部外傷（ 歳 状況： ）
⑥髄膜炎 ⑦脳炎 ⑧臍疝痛（時々おなかが痛くなる） ⑨喘息 ⑩アトピー性皮膚炎
⑪アレルギー性鼻炎・結膜炎 ⑫近視 ⑬遠視 ⑭副鼻腔炎 ⑮難聴 ⑯ない
⑰その他（ ）
17. 次の状態が以前、または今もありますか？
①どもり ②病的潔癖 ③夜泣き ④ねぼけ ⑤不眠 ⑥夜尿
⑦頻尿・遺尿 ⑧爪かみ ⑨チック ⑩食欲不振 ⑪体重減少
⑫不登校・不規則な登校 ⑬乗り物酔い ⑭大きな息をした後からだの力がぬける
⑮その他（ ）
18. 頭痛の症状は休日に軽減する傾向はありますか？
① とてもある ②ある程度はある ③あまりない ④全くない
19. 最近、ご本人の家庭などの様子で何か気になることがありますか？
①ない ②ある（ ）
20. この質問を回答した人はどなたですか？
①母 ②父 ③本人 ④祖母 ⑤祖父 ⑥姉 ⑦兄

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	
様	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。

(はい ・ いいえ)

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。

(はい ・ いいえ)

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CT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

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)

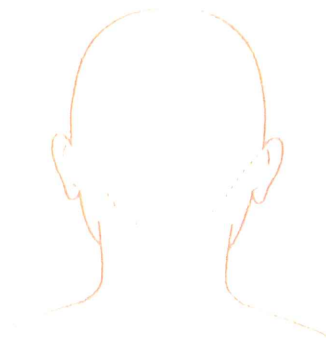
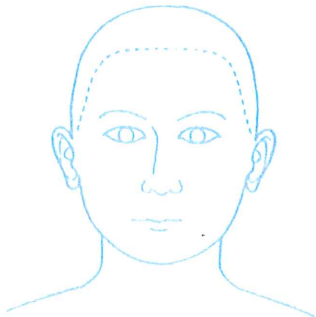
4. 頭痛はどの時間帯に多いですか？

☐ 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　☐ 動くとつらい　☐ 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 いくつ頃受診されましたか？ 頃)

病名はなんと言われましたか？() 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

旭川ペインクリニック病院

頭痛ダイアリー

氏名

[illegible]

記載例

頭痛の程度
頭痛の程度を3段階で記載してください。

日常生活への影響度

輕度 中程度 重度

- 何も手につかず、横にならなければならぬ。
- 仕事・学校・家事の能率が通常の半分以下である。
- 頭痛はあるが、日常生活に大きな支障はない。

日付	生理	頭痛の程度			影響度	メモ (頭痛のタイプ、はき気、前ぶれ、誘因など)
		午前	午後	夜		
10/1	痛薬	≡	≡ 12	—	⊕	Ⓢ 食事ができずイを飲んで一日中寝ていた
10/2	痛薬	≡ 11Δ	≡ (バ)	≡	+	外出したが一日中がまんしなければならなかった
	痛薬	—	—	—	—	

生理のあつた期間に線を引いてください。

飲んだ薬の略称と服薬した数、効果を書いたら○で囲む。
 やや効いたら△を付ける。
 ※「△」「バ」は連刻々の例です

一日の出来事や状態などをお書きください。

間に線を引いて
ください。

飲んだ薬の略称と服薬した数、
効果を記入してください。
効いたら○で囲む。
やや効いたら△をつける。
※「イ」「バ」は薬剤名の例です。

一日の出来事や状態などをお書きください。

症状のマーク

⑨脈打つ痛み

① 九

重…重い痛み 吐…嘔吐

薬の記載の略称

バ・・・バコアリ
ゾ・・・ゾーミツグ
マ・・・マクサル
イ・・・イミダウ
レ・・・レルハツカ
ア・・・アアージ

自由記載欄(左の欄に書ききれなかったこと、薬の効果、副作用等についてもお書きください。)