

小児・思春期頭痛問診票

名前：_____

1. 頭痛はいつ頃から始まりましたか？
①1週間以内 ②1～4週間前 ③1～6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・頂部（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）
①2時間未満 ②2～3時間 ③4時間～1日 ④1～3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？
①4分以内 ②4分～1時間 ③1時間以上
12. 頭痛と10. で答えた前ぶれの関係はどうですか？
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

（裏面もご記入ください）

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. 頭痛の時どんな薬を飲んでいますか？

- ☐市販薬 ☐病院処方薬（ ）

女性の方へ

21. 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？

- ☐はい ☐いいえ

22. 月経や排卵時期に頭痛がおこりやすいですか？

- ☐はい ☐いいえ

23. 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

予 診 票

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

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。

◆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tent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 ）

◆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（

◆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（お薬やりハビリで治療をしたい）
 MRI やCT などの検査 ☐ 希望する ☐ 希望しない

◆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 ）

◆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 ☐ していない） ☐ 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）

裏面に続く

◆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 ☐当院ホームページ ☐当院Instagram ☐他インターネット
☐受診歴あり

◆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

◆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

）

◆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

◆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

◆介護保険被保険者証をお持ちですか。

（ はい ・ いいえ ）

お持ちの方は窓口にお出してください。

◆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