

# 頭痛問診票

## お名前

1. 今回の頭痛はいつごろから始まりましたか？

( 月 日 時頃から) /  ( ) 日前から ( ) 力月前から ( ) 年前から ( ) 歳頃から

2. 頭痛の起こる頻度はどれくらいですか？

今回が初めて  ほぼ毎日  ( ) 週間に ( ) 回位  ( ) 力月に ( ) 回位

3. 1回の頭痛はどれ位続きますか？

瞬時的  数十分  1~3時間  数時間から1日  3日以内  ~数日  持続的

4. おもにどこが痛みますか？(複数回答可)

後頭部・首筋  額・こめかみ  頭頂部  目・目の奥  耳・耳の後ろ  全体的

5. どちら側が痛みますか？

右  左  両方  わからない

6. どのように痛みますか？(複数回答可)

割れるような  脈を打つような(ズキンズキン)  重い, 締め付けられる様な痛み

えぐられるような  電気が走るような痛み(ズキ, チク)  その他( )

7. 頭痛に伴う症状はありますか？(複数回答可)

吐き気や嘔吐  光がまぶしく感じる  音をうるさく感じる  臭いに敏感

肩こり  首の痛み  めまい  手足がしびれる

涙・目の充血  鼻水・鼻づまり  その他( )

8. 頭痛は日常生活に影響はありますか？

日常生活に問題なし  日常生活に問題あるが我慢できる

仕事や家事ができない。仕事や学校を休む。寝込んでしまう。

9. 頭痛がある時、歩行や階段の昇降などの動作や運動をすると頭痛はどうなりますか？

悪くなる  変わらない  良くなる  その他( )

10. 頭痛の前に目の前にチカチカ・ギザギザした光が見える事がありますか？

毎回ある  時々ある  ない

11. 思い当たる頭痛の原因はありますか？

疲労  ストレス  飲酒  月経  運動  睡眠不足  いきみ・咳

立つ  その他( )

12. 今までに何か頭痛薬を飲んでいましたか？種類と頻度を教えて下さい

頭痛薬は飲まない  ( ) を ( ) に ( ) 回 (例:ロキソニンを月に3回等)

13. 今までに頭痛で脳の検査を受けたことがありますか？またそれはいつ頃ですか？

ない  ある( ) 病院で  CT  MRI を ( 年 月 ) 頃受けた

14. その結果はいかがでしたか？

異常なし  異常あり( )

15. 頭痛治療を行った事がありますか？

ない  ある( )

16. 発熱していますか？

いいえ  はい:( ) 日前から ・最高( )℃の発熱

17. ご家族・血縁の方に頭痛もちの方はいらっしゃいますか？

なし  あり(続柄:

ご記入ありがとうございました。