

頭痛問診票

お名前 _____ 男 女 _____ 生年月日 T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

1.今の頭痛はいつごろから始まりましたか？

()日前からまたは(月 日 時頃から) ()ヵ月前から ()年前から ()歳頃から

2.頭痛はどのように始まりますか？

突然(1分以内) 比較的急に(10分以内) いつの間にか始まっている 何時間もかけてジワジワ

3.どのように痛みますか？

今までにない痛み 脈を打つようにズキズキ痛む 重苦しい 締め付けられる様な痛み
瞬間的に痛む 電気が走るような痛み

4.おもにどの辺が痛みますか？

後頭部 こめかみ(片側・両側) 右 左側頭部 前頭部 目のあたり 首の後ろ 全体的

5.頭痛に伴う症状はありますか？

吐き気や嘔吐 肩こり 動く痛みが増強する 涙や鼻水が出る

6.頭痛の起こる頻度はおおむねどれくらいですか？

()ヵ月に()回位 ()週間に()回位 ほぼ毎日 今回が初めて

7.1回の頭痛はどれ位続きますか？

途切れなくずっと痛い 断続的に数日間 丸1日 1~3時間 数十分 瞬間的

8.頭痛の時日常生活に影響はありますか？

学校や仕事を休む 休みたいが我慢できる程度 横になってジッとしていないと過ごせない

9.一日のうちではいつが一番痛みますか？

朝起きた時から 午前中 午後 寝ている時 一日中

10.頭痛に伴い普段は気にならない以下のものを嫌だと感じる事がありますか？

音 匂い 光 人混み 車酔い 皮膚に触れるもの(頭髮・メガネ)

11.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

12.ご家族に頭痛もちの方はいらっしゃいますか？(血縁の方です)

母親 父親 祖父母 兄弟・姉妹 子供

13.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 更年期 貧血 甲状腺疾患

14.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:バファリンを月に3回等)

15.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

16.その結果はいかがでしたか？

異常なし 異常を指摘された

17.頭痛治療を行った事がありますか？

ない ある()

18.女性の方へお聞きします

妊娠中である 授乳中である 妊娠を希望している どちらでもない
閉経でもないのに月経が止まっている 閉経している

19.ほかに気になる症状がございましたらご記入下さい

問診は以上です。お疲れ様でした。

受診後、ご病状をさらに詳しく把握するために、看護師・医師による問診がございますのでご了承ください。

朋友クリニック