

# 頭痛問診表

記入日： 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

- 1、いつから頭痛がありますか。  歳頃から  年 月頃から  
 日前から  週前から  月前から
- 2、どのくらいの頻度ですか。 年 回 月 回 ほぼ毎日  
今回が初めて その他 ( )
- 3、1回の頭痛はどのくらい続きますか。  
ずっと痛い 数日間 丸1日 半日 1～3時間  
一瞬 その他 ( )
- 4、どこが痛みますか (いくつでも可)。  
片側 (右・左) 両側 真ん中 起こるたびに違う 目のまわり  
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首のさかいめ  
その他 ( )
- 5、どのような痛みですか (いくつでも可)。  
ズキンズキンと脈を打つ しめつけられる 刺される  
つかまれる えぐられる 焼けるような 割れるような  
ガンガンする 重い ピリピリ
- 6、痛みの程度を教えてください。  
仕事や日常生活に問題なし  
仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている、我慢している  
仕事や家事ができない、寝込んでしまう
- 7、頭痛があるとき、ふだんの動作 (階段の昇り降など) や運動をすると頭痛はどうなりますか。  
悪化する 変わらない 改善する その他
- 8、頭痛に伴う症状はありますか。  
吐き気、嘔吐 光をまぶしく感じる 音が気になる  
臭いに敏感になる 脱力感・体のだるさ  
肩こり 首の痛み めまい  
目が充血する 涙が出る 鼻水、鼻詰まり 手足のしびれ  
その他 ( )
- 9、頭痛に前ぶれはありますか。  
無し  
ギザギザした光がみえる 部分的に見えにくくなる 手足がしびれる  
その他 ( )
- 10、頭痛が起こりやすい時刻・状況はありますか。  
生理前後 朝起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中  
週末・休日 特になし
- 11、思い当たる誘因や原因はありますか。  
無し 睡眠不足 寝すぎ 疲れている ストレス 緊張  
空腹 運動 飲酒 その他

12、普段使っている頭痛薬の種類と仕様日数・回数、効果について教えてください。

薬品名 ( )

服用日数・回数 月に 日

週に 日

1日に 回

その他

効果 よく効く 少しましになる まったく効かない

13、頭痛に関してこれまで他院を受診した、または検査を受けたことはありますか。

受診 あり(病院名: ) なし

検査 あり(CT MRI その他( )) なし

14、血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。

あり(どなたですか ) なし

15、他にご自分の頭痛に関して気になること、心配なことがあれば教えてください。

16、頭痛に対して、投薬を希望されますか。

はい

いいえ

17、ここからは頭痛以外のことを教えてください。

現在、他の医療機関に通院されていますか。それに対して何か治療を受けていますか。

医療機関

治療内容

現在、飲まれている薬はありますか。

薬剤名

上記の薬はいつごろから飲まれていますか。

これまでに大きな病気に罹ったことはありますか。

病名

時期

治療を受けた医療機関

治療内容

この1年間に健康診断は受けましたか

いつ頃受けましたか。

指摘事項はありましたか。

これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか。

原因となったもの

症状

現在、妊娠中、あるいは授乳中ですか。女性のみお答えください。

妊娠週数 週

授乳中である はい いいえ

ありがとうございました。

おがわ脳神経外科クリニック