

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が。 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
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

1 2、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

1 3、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

1 4、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

1 5、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。

ありがとうございました。

おがわ脳神経外科クリニック