

頭痛の問診票

お名前 _____ (□女 □男) _____ 歳 ID (_____)

次の質問で、あてはまる答えを選んで、レをつけてください(いくつでも)

- ① いまの頭痛はいつ頃から始まりましたか？
□ 今回が初めて □ _____ 歳ころから □ (日、週、 月)前から
- ② 頭痛の起こりかたはどのようでしたか？
□ 突然金づちでなぐられたような激痛 □ やや急に □ 徐々に □ いつとは知れずに
- ③ 頭痛の頻度はどれくらいですか？
□ 今回が初めて □ ほぼ毎日のように起こる
□ 時々起こる(1ヶ月に _____ 回くらい) □ 1年に _____ 回程度
- ④ 1回の頭痛はどのくらい続きますか？
□ 瞬間 □ 数分 □ 数時間 □ 1~3日 □ 1週間以上
- ⑤ 頭のどのあたりが痛みますか？
□ 頭全体 □ 片側 □ 前頭部 □ 後頭部
□ 目のまわり □ こめかみ □ その他 _____
- ⑥ どのように痛みますか？
□ ずきんずきんと脈打つ □ しめつけるような □ 重い感じ
□ 眼球をえぐられるような □ 動くときひびく □ その他 _____
- ⑦ 痛みはどんな程度ですか？
□ 日常生活にほぼ支障がない □ 薬服薬したりしてなんとか我慢している
□ 仕事や家事ができない、寝込む
- ⑧ 頭痛に伴う症状がありますか？
□ めまい □ 吐き気・吐く □ 光がまぶしい・音をうるさく感じる・においに敏感
□ 肩こり □ 涙がでる・充血 □ その他 _____
- ⑨ どんなときに頭痛が起きやすいですか？
□ 特にない □ ストレス □ 週末 □ 睡眠不足、寝すぎ
□ 生理(女性の方) □ 運動 □ 飲酒 □ その他 _____
- ⑩ 頭痛の前触れはありますか？
□ 特にない □ 目の前にチカチカが見える □ あくび
□ 肩こり □ その他 _____
- ⑪ ご家族、血のつながりのある方で同様の症状をお持ちの方はいますか？
□ いない □ いる :ご本人との関係 _____
- ⑪ 頭痛に対して今までどのようなお薬を飲まれましたか？

--