頭痛の問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（□女　□男）＿＿＿歳 記入日(　　)

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、　か月)前から

② 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

③ 頭のどのあたりが痛みますか？
□頭全体　□片側　□前頭部　□後頭部　□頭頂部
□目のまわり　□こめかみ　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ どのように痛みますか？
□ズキンズキンと脈打つ(あり・なし)　□しめつけるような(あり・なし)
□重い感じ(あり・なし)　□眼球をえぐられるような(あり・なし)
□動くとひびく（あり・なし）　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ 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

⑥ 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

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

頭痛に対して今までどのようなお薬を飲まれましたか？
(　　)
ご家族で、くも膜下出血・脳動脈瘤の方はいますか？　いる ・ いない

⑧ 頭痛に伴う症状がありますか？
・ 吐き気　ある ・ なし
・ 吐く　ある ・ なし
・ 光がまぶしい　ある ・ なし
・ 音がうるさく感じる　ある ・ なし
・ においに敏感　ある ・ なし
□肩こり　□涙がでる・充血　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨ 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑩ 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　□低気圧
□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＿＿＿＿＿＿＿＿

⑫ 女性の方へ
現在ピルの服用をしていますか？
□ 服用している　□ 服用してない

⑬ スマホを毎日どれくらい使いますか？
□ 1時間以内　□2～3時間以内　□3時間以上