

頭痛問診票

お名前： _____ 男・女 _____ 歳

1. いまの頭痛はいつごろから始まりましたか？
() 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から ・ () 歳ごろから
2. 頭痛の起こり方はどのようなですか？
・突然 ・比較的急に ・徐々に ・いつとは知れず ・その他：
3. おもにどこが痛みますか？
・後ろ ・横 ・前 ・目のあたり ・ハチマキ様 ・左 ・右 ・両側 ・その他：
4. どのように痛みますか？
・今までにない痛み ・脈打つような(ズキンズキン) ・えぐられるような ・締め付ける/重苦しい
・瞬間的(キリッ、ズキ) ・その他：
5. 頭痛の程度はどのぐらいですか？ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(痛みなし) | | | | | | | | | | (想像できる最悪の痛み)
6. 頭痛に伴う症状がありますか？
・吐き気/嘔吐 ・動く痛みが増強する ・寝込んでしまう ・涙や鼻水が出る ・じっとしていられない
・肩こり ・その他：
7. 頭痛のさい、普段は気にならない光・音・匂いを嫌だと感じることはありますか？
・ない ・ある： ・光 () ・音 () ・匂い ()
8. 頭痛のまえに、なにか前触れはありますか？(たとえば、目の前がギラギラしたり、ぼやけたりなど)
・いいえ ・はい：
9. 頭痛の起る頻度は、おおむね、つぎのどれですか？
() ヶ月に () 回位 ・ () 週間に () 回位 ・ ほぼ毎日
10. 一回の頭痛はどのくらい続きますか？
・途切れるときがない ・数日 ・丸1日 ・半日 ・1~3時間 ・数十分 ・一瞬 ・その他：
11. 一日のうちでは、いつが一番痛みますか？
・朝起きたときから ・午前 ・午後 ・寝ているとき ・一日中 ・その他：
12. ご家族に頭痛持ちの方はおられますか？
・いいえ ・はい：
13. 思いあたる頭痛の原因はありますか？
・なし ・ストレス ・過労 ・飲酒 ・生理 ・更年期 ・運動 ・その他：
14. いままで何か頭痛薬を飲んでいましたか？
・いいえ ・時々 ・ほぼ毎日 ()
15. いままで頭痛で、頭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？
・いいえ ・はい：CT MRI 検査時期：() 年前 () ヶ月前
16. あなたの頭痛について、関係がありそうなこと、気になることなどがあれば書いてください。

回答：