

頭痛問診票

お名前 _____ 男・女 年齢 _____

今回の頭痛についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。
また、以前から頭痛がある方で今回の頭痛と異なる場合は2枚目もご記入下さい。

時期	(1)いつから頭痛がありますか？ (いつ?)
	(2)1回の頭痛はどれくらい続きますか？ ・数分 ・数時間 ・丸1日 ・数日間 ・その他 ()
	(3)よく痛くなるのは、どのような時ですか ・起床時・午前・午後・夜・週初め・週末・天気の良い日・特にいつとかはない (女性の方)生理前・生理中・生理後・その他 ()
頻度	頭痛の起こる頻度は大体どれくらいですか ・1週間に () 回 ・1か月に () 回 ・1年に () 回・その他 ()
部位	どの辺りが痛みますか 右→こめかみ・首筋・後ろ・てっぺん・目の奥・おでこ・その他 () 左→こめかみ・首筋・後ろ・てっぺん・目の奥・おでこ・その他 () ・後ろ全体 ・前全体
痛みの性質	(1)どんな痛みですか ・脈と一緒にズキズキ・重苦しい・瞬間的にピリッズキッ・締め付けられる・その他 ()
	(2)頭痛の前ぶれはありますか ない・ある ・あくび・肩こり・目の前がチカチカ・目が見えにくい・まぶしさ・音に敏感・においに敏感 ・しびれ・麻痺・その他 ()
	(3)頭痛に伴う症状はどれですか ・日常動作で頭痛が悪化する・吐き気・嘔吐・まぶしさ・音に敏感・においに敏感・めまい ・しびれ(部位:)・目の充血・涙・鼻水
	(4)痛みの引き金となるものはありますか ない・ある ・ぶつけた・スポーツ・ストレス・疲労・寝不足・光・食べ物(チーズ、チョコレート等) ・赤ワイン・その他 ()
薬	頭痛時に使用している薬と使用頻度、また効果を教えてください ない・ある(下記へ) (1)薬:ロキソニン・カロナール・イブ、市販薬 () その他 () (2)効果:効く・効かない・まちまち
睡眠	睡眠について教えてください (1)就寝 () 時 起床 () 時 計 () 時間 (2)熟睡できていますか? はい・いいえ→寝入りが悪い・途中で目が覚める
その他	今まで頭痛で受診した病院があれば教えてください ()
	ご家族血縁者で頭痛もちの方はいますか いいえ・はい(続柄:)
	仕事内容と、勤務時間を教えてください 内容 () 勤務時間 (: ~ :)

※以前から頭痛があった方に伺います

今回の頭痛と以前からあった頭痛とについて、下のどれかに○をつけてください。

- (1) 同じような頭痛
 (2) 同じような頭痛だけど痛みの程度が強くなった
 (3) 同じような頭痛だけど頻度が増えた
 (4) 同じような頭痛だけど薬が効かなくなった
 (5) 同じような頭痛だけど、めまいやしびれなど別の症状が加わった。
 どんな症状ですか？ ()
 (6) 以前とは違う頭痛 (下の質問へ進んでください)

今回と以前の頭痛が異なる方に伺います。以前の頭痛はどんなだったかお答えください。

時期	(1)以前の頭痛は、いつごろからでしたか？ (いつ?)
	(2)1回の頭痛はどれくらい続きましたか？ ・数分 ・数時間 ・丸1日 ・数日間 ・その他 ()
	(3)よく痛くなるのは、どのような時でしたか？ ・起床時・午前・午後・夜・週初め・週末・天気の良い日・特にいつとかはない (女性の方) 生理前・生理中・生理後・その他 ()
頻度	頭痛の起こる頻度は大体どれくらいでしたか ・1週間に () 回 ・1か月に () 回 ・1年に () 回・その他 ()
部位	どの辺りが痛みましたか 右→こめかみ・首筋・後ろ・てっぺん・目の奥・おでこ・その他 () 左→こめかみ・首筋・後ろ・てっぺん・目の奥・おでこ・その他 () ・後ろ全体 ・前全体
痛みの性質	(1)どんな痛みでしたか ・脈と一緒にズキズキ・重苦しい・瞬間的にピリッズキッ・締め付けられる・その他 ()
	(2)頭痛の前ぶれはありましたか ない・ある ・あくび・肩こり・目の前がチカチカ・目が見えにくい・まぶしさ・音に敏感・においに敏感 ・しびれ・麻痺・その他 ()
	(3)頭痛に伴った症状があれば書いてください ・日常動作で頭痛が悪化する・吐き気・嘔吐・まぶしさ・音に敏感・においに敏感・めまい ・しびれ(部位:)・目の充血・涙・鼻水