

頭痛問診票

記入日：20__年__月__日

以下の質問はあなたの「いつもの頭痛」を診断し治療に結びつけるための問診票です

ID：_____（記入不要）

お名前：_____様 男性 女性 年齢_____歳**1. 今のタイプの頭痛はいつから始まりましたか**_____歳頃から _____年__月頃から （__日、__週、__月）前から**2. どのくらいの頻度ですか**年__回 月__回 週__回 ほぼ毎日 今回が初めて その他（_____）**3. 1回の頭痛はどれくらい続きますか（薬を飲まない時、あるいは飲んででも効かない時）**ずっとある 数日間 丸一日 半日 1～3時間 一瞬 その他（_____）**4. 頭痛が起こるところは主にどこですか（複数回答可）**片側（右、左） 両側 真ん中 頭全体 いつも違うところが痛む 目の周り
前 後 横（こめかみ） てっぺん 首筋 頭と首の境目 その他（_____）**5. どのような痛みですか（複数回答可）**ずきんずきんと脈打つ 締め付ける 刺されるような ぴりぴり 掴まれるような えぐられるような
焼けるような 割れるような ガンガンする 重い コリの様な その他（_____）**6. 痛みの程度：仕事や日常生活は**支障はない 何とか我慢して出来る 何もできずに寝込んでしまう（家事・仕事・学校を休んでしまう）**7. 頭痛があるとき、普段の動作（階段の昇降など）や体操、運動をすると頭痛が**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（複数回答可）**吐き気・嘔吐 光が眩しい 音がうるさい 臭いに敏感 目が充血 涙が出る 鼻水が出る
めまい 脱力感 ダルい 肩こり 首が痛い 手や足がしびれる その他（_____）**9. 頭痛が起きる前の症状（前ぶれ）はありますか（複数回答可）**なし（いきなり頭痛がくる） ギザギザした光が見える 視野の一部が欠ける（字や周りが見えなくなる）
手や足がしびれる その他（_____）

ある場合：前触れの持続時間（_____）分 前触れから頭痛が始まるまでの時間（_____）分

10. 頭痛の起こりやすい時刻、状況は（複数回答可。複数回答の場合、最も起こりやすい時刻・状況は■）朝・起床時 午前中 午後 夕方 夜 睡眠中 週末 休日 生理中、前後
入浴中 排便時 運動時 天気が悪い時 雨の前日 特になし その他（_____）**11. 思い当たる原因はありますか。（複数回答可）**なし 睡眠不足 寝すぎ 疲れ ストレス 緊張 ストレス・緊張からの解放（週末、休暇前）
空腹 食べ過ぎ 運動 飲酒 赤ワイン チーズ チョコレート
他の食べ物（_____） 臭い 香水 その他（_____）**12. 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数、効果について**なし ある（市販薬：_____ 医師の処方薬：_____）使用日数・回数：月に__日 1日に__回（その日に薬を何回飲んで「1日」です）効果：よく効く 少しましになる 全然効かない**13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか**なし CT MRI その他（_____）その結果は：異常なし 異常あり（病名：_____）**14. ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか**なし、あり（続柄：_____）**15. 診察、検査、治療についての希望（複数回答可。複数回答の場合、最も強く希望されるものは■）**とりあえず痛みを軽くしたい 頭痛の回数を減らしたい 頭痛を何とかしてほしい原因を知りたい 検査をして欲しい その他（具体的に：_____）ご協力ありがとうございました
くにちか内科クリニック

問診担当_____