

# 頭痛問診票

記入日：20\_\_年\_\_月\_\_日

お名前： \_\_\_\_\_ 様  男性  女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

過去の3か月間にあった**頭痛**について、当てはまる項目を☑してください。  
10項目のうち、**3項目**以上に該当した場合は**片頭痛**の可能性が高くなります。

- 頭痛が起きると4時間～3日続く（薬を服用しない場合）
- 家族に頭痛持ちがいる
- 頭痛の時はできるだけ静かにしていきたい、または寝込むほど痛い
- 吐き気や嘔吐を伴いやすい
- 普段は気にならない程度の光や音、臭いに敏感になる
- 頭を下にしていると頭が痛くなる、日常動作でも頭痛が悪化する
- コーヒーを飲むと少し落ち着く
- アルコール、特に赤ワインを飲むと必ず痛くなる
- 雨や台風を予測できる
- お腹がすくと痛くなる

**必要事項を記入して、受診時にお持ちください。**

**くにちか内科クリニック**