

## 【 頭痛 問診表 】

(記入日)                  年                  月                  日

---

(御名前)

---

(御住所)

---

(御電話番号)

---

頭痛を正しく診断するために以下の問診票への記入をお願いします。

1. 今の頭痛はいつ頃から始まりましたか？       年                  月                  日頃、又は                  日前  
 3か月以内       6か月以内       1年以内  
 1年以上前

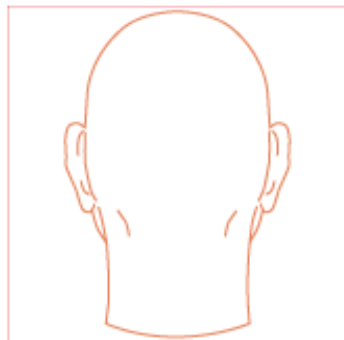
---

2. 以前にも頭痛がありましたか？       はい (                  )  
 いいえ

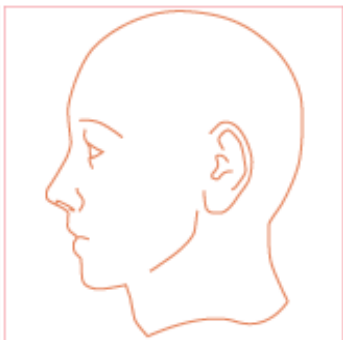
---

3. 痛む場所はどこですか？       右側       左側       両方                   前側       後ろ側  
 頭頂部                   頭全体                   首                   目の奥  
 その他 (                  )

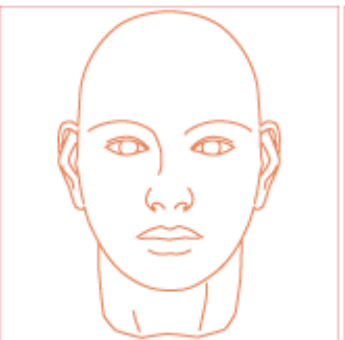
---



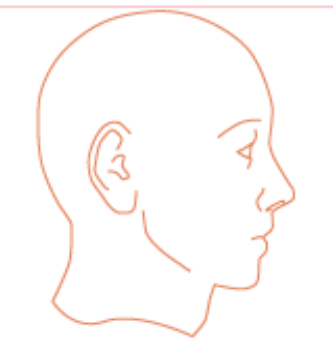
背面



左側



正面



右側

4. どのような痛みですか？       脈打つよう       殴られたよう       締め付けられるよう  
 ズキンズキン       ガーン                   ドクンドクン  
 ギュー                   チクチク                   その他 (                  )

---

5. 頭痛の頻度はどのくらいですか？       年数回                   月数回                   15日以上/月  
 日に1回                   ほぼ毎日                   不定期  
 その他 (                  )

---

6. 1回の頭痛はどのくらい続きますか？       常に                   2～30分                   15分～3時間  
 4時間～半日       1日                   2～3日  
 寝ていると良くなっている       数秒                   一瞬  
 その他 (                  )

---

≪裏に続きます≫

7. いつ頃痛くなりますか？	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝ている間 <input type="checkbox"/> 特になし
8. どのようなときに <b>悪化</b> しますか？ 又は思い当たる <b>きっかけ</b> はありますか？	<input type="checkbox"/> 体を動かす <input type="checkbox"/> 頭を振る <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 気候 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 騒音 <input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 人混み <input type="checkbox"/> 冷たい物・辛い物を食べる <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 生理（女性の場合） <input type="checkbox"/> その他（      ）
9. 頭痛が起こる <b>前触れ</b> がありますか？	<input type="checkbox"/> 目の前に光が、チカチカ・ギザギザしたものが見える <input type="checkbox"/> 見えにくくなる <input type="checkbox"/> 半身のしびれ・脱力感がある <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 生あくび <input type="checkbox"/> 肩・首の凝り <input type="checkbox"/> 音や光、においに敏感になる <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲亢進 <input type="checkbox"/> むくむ <input type="checkbox"/> トイレが近くなる <input type="checkbox"/> 意識が遠のく <input type="checkbox"/> その他（      ）
10. 頭痛と <b>一緒に起こる</b> ことがありますか？	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 音や光、においに敏感になる <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳閉感 <input type="checkbox"/> 肩・首の凝り <input type="checkbox"/> 目の腫れ・充血、涙が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る、鼻づまり <input type="checkbox"/> 顔面・額の発汗・紅潮 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ・脱力 <input type="checkbox"/> 意識が遠のく <input type="checkbox"/> その他（      ）
11. 頭痛のために生活に支障がありますか？	<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 気になるが何かに集中すると忘れる <input type="checkbox"/> 我慢が必要で支障がある <input type="checkbox"/> 仕事・生活ができない <input type="checkbox"/> 横にならないと我慢ができない <input type="checkbox"/> 横になっても激しく痛む
12. 頭痛が起きたら、どのように対応して いましたか（いますか）？	<input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> 横になる <input type="checkbox"/> 温める・入浴 <input type="checkbox"/> 冷やす <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> ストレッチ・動かす <input type="checkbox"/> 痛み止めを飲む ・薬の名前 <input type="checkbox"/> 市販薬（      ） <input type="checkbox"/> 処方薬（      ） ・効果は？ <input type="checkbox"/> 効く <input type="checkbox"/> あまり効かない <input type="checkbox"/> まちまち <input type="checkbox"/> 効かない <input type="checkbox"/> 効かなくなってきた ・飲む頻度      （      ）回／月くらい
13. 血縁者の中に頭痛持ちの方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる →（ <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 子供）
14. 今までに頭痛で受診、検査を受けたこと がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ・どこに（      ） ・いつ頃（      ） ・受けた検査 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他（      ）

《2枚目があります》

15. 生活習慣について教えてください。

- ・飲酒  しない  
 する → 毎日 ( ) 回/週 機会があれば  
量 ( )
- ・たばこ  吸わない  
 吸う → 1日 ( ) 本、期間 ( ) 年  
 吸っていた → 1日 ( ) 本  
期間 ( ) 歳 ~ ( ) 歳まで

16. 今までにかかれた病気、又は現在治療中の病気はありますか？

- ない  
 ある  
→ ・心臓 (病名 ( ) (いつから ( )  
(病院名 ( ) )  
・脳 (病名 ( ) (いつから ( )  
(病院名 ( ) )  
・高血圧 (病院名 ( ) (いつから ( ) )  
・糖尿病 (病院名 ( ) (いつから ( ) )  
・喘息 (病院名 ( ) (いつから ( ) )  
・その他 (病名 ( ) (いつから ( )  
(病院名 ( ) )

17. 現在飲まれている薬を教えてください。

- 持参しているお薬手帳にすべて記載されている  
 持参しているお薬手帳に記載されている薬の他にある  
(薬の名前 ( ) )  
 お薬手帳を忘れた  
(薬の名前 ( ) )  
 何も服用していない

18. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？

- ない  
 ある → 原因 ( ) 症状 ( )

19. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中ですか？

- はい ( ) か月 )  可能性がある  
 いいえ

現在授乳中ですか？

- はい  いいえ

20. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- 医師の紹介  医療従事者に勧められて  
 血縁者・知人に勧められて  インターネット  
 看板を見て  その他 ( )

ご記入、有難うございました。