

今回の頭痛問診票

1) 今回の頭痛はいつ頃から始まりましたか？

()

2) 頭のどこが痛みますか？

・頭の片方 ・頭全体 ・後頭部や首 ・眼の奥 ・その他()

3) どんな頭痛ですか？

・ズキンズキンと脈打つよう ・締め付けられる、押さえつけられるよう
・眼球をえぐられるよう ・殴られたような ・その他()

4) どの程度の痛みですか？

・軽い頭痛で日常生活に支障はない ・中等度の痛みで仕事や家事の能率が落ちる
・強い痛みで仕事や家事を休むことがある

5) 今回、痛み止めを使用しましたか？

・いいえ ・はい(薬の名前は_____) (量は_____)

6) 頭痛の前や最中に下記の症状がありますか？

・ギザギザした光が見えたり、見にくい部分が出る ・吐き気 ・嘔吐
・鼻水、鼻づまり ・眼が赤くなる ・めまい
・その他(_____)

7) 次のことで頭痛が起きたり、ひどくなることがありますか？

・身体を動かす ・月経 ・アルコール ・人ごみ ・ストレス ・緊張 ・睡眠不足
・寝すぎ ・運動 ・天候(炎天 ・ 雨) ・食べ物 ・いやな臭い
・その他(_____)

8) 以下の飲み物を1日に何杯飲みますか？

・コーヒー_____杯 ・紅茶_____杯 ・緑茶_____杯 ・ウーロン茶_____杯

9) 子供の頃、以下のような症状はなかったですか？

・時々下痢 ・時々吐いた ・自家中毒(原因不明の嘔吐症) ・乗り物酔い ・立ちくらみ、めまい

10) 今までにも頭痛はありましたか？

・いいえ ・はい→いつ頃から() 頻度は()

11) 家族や親戚で同じような頭痛持ちの方はいらっしゃいますか？

・いない ・いる(その方は_____)

氏名: _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日