

頭痛問診票 お名前\_\_\_\_\_ 男・女\_\_\_\_\_歳 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(記入)

次の質問で、あてはまる答えを選んで○印をつけて下さい(いくつでも)

1. いま、頭痛がありますか? ない ある(どんな頭痛ですか?\_\_\_\_\_)
2. 頭痛はいつ頃からですか?  
今度が初めて \_\_\_\_\_歳ころから 最近、頻度や痛みがひどくなった
3. 頭痛の起こる頻度はどれくらいですか?  
毎日のように起こる 時々起る(1ヶ月に\_\_\_\_\_回くらい)
4. 頭痛はどのくらい続きますか(薬を飲まないとき、あるいは飲んでも効かないとき)?  
数秒 数分 数時間 1~3日 毎日
5. どのへんが痛みますか?  
こめかみ 目のあたり 後頭部 頭全体 その他(どのへんですか?\_\_\_\_\_)
6. どのような痛みですか?  
突然で強い ひどくなると脈打つ 締め付け 鈍く重い 動くにつらい  
その他(どんな痛みですか?\_\_\_\_\_)  
2種類以上の頭痛がある
7. 痛みの強さはどの程度ですか?  
生活に支障がない(軽度) 鎮痛薬を飲めばなんとかなる(中等度)  
仕事や学校を休むことがある(強度) 痛みは強いときも軽いときもある  
頭痛で困ったことがある(例えば?\_\_\_\_\_)
8. 頭痛のときに次のような症状がありますか?  
吐きけ 吐く まぶしさ・音・においなどに敏感  
めまい 肩こり その他(例えば?\_\_\_\_\_)
9. どんなときに頭痛が起こりやすいですか?  
ストレスの最中 ストレスが一段落したとき 週末 月経の前後  
天候が変化したとき 光がまぶしいとき その他(例えば?\_\_\_\_\_)
10. 頭痛の前触れとして次のような症状がありますか?  
生あくび 空腹感 肩こり 目の前がチカチカ見える  
その他(どんな前触れですか?\_\_\_\_\_)
11. 頭痛で病院やクリニックに相談したことがありますか?  
ない ある(病院・クリニック名  
病名は何といわれましたか?\_\_\_\_\_  
どんな検査を受けましたか?\_\_\_\_\_  
どんな治療を受けましたか?\_\_\_\_\_)