

頭痛の問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 才 (ID _____) (担当者サイン _____)
 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) 血圧 (_____ / _____ mmHg) 握力 (右 _____ kg・左 _____ kg)

1. いつから頭痛がありますか。 歳頃、 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 ☐ほぼ毎日
☐今回が初めて ☐その他 (_____)
3. 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか。
☐ずっとある ☐数日間 ☐丸1日 ☐半日 ☐1～3時間 ☐瞬間
☐その他 (_____)
4. 頭痛がおこるところはどこですか (複数回答可)。
☐片側 (☐右 ☐左) ☐両側 ☐真ん中 ☐いつもちがうところが痛む ☐目のまわり
☐前 ☐後ろ ☐横 ☐てっぺん ☐頭と首のさかいめ ☐その他 (_____)
5. どのような痛みですか (複数回答可)。
☐ずきんずきんと脈を打つ ☐しめつける ☐刺されるような ☐ぴりぴり ☐つかまれるような
☐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、コリのような
☐その他 (_____)
6. 痛みの程度
☐仕事や日常生活に問題なし
☐仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている。我慢している。
☐仕事や家事ができない。寝込んでしまう。

Ha days _____ /mo
 Mig days _____ /mo
(医師が記入します)
7. 頭痛がある時、ふだんの動作 (階段の昇降など) や、体操、運動をすると、頭痛が
☐悪化する ☐かわらない ☐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)。
☐はきけ、嘔吐 ☐光をまぶしく感じる ☐音をうるさく感じる ☐臭いに敏感 (_____)
☐目が充血する ☐涙がでる ☐鼻水がでる ☐めまい ☐脱力感、体がだるい
☐肩こり ☐首が痛む ☐手や足がしびれる ☐その他 (_____)
9. 頭痛の前ぶれはありますか (複数回答可)。
☐なし ☐ギザギザとした光がみえる ☐手や足がしびれる ☐その他 (_____)
10. 頭痛がおこりやすい時刻、状況
☐朝・起床時 ☐午前中 ☐午後・夕方 ☐睡眠中 ☐週末・休日 ☐生理中 (女性の方) ☐特になし
11. 思い当たる誘因や原因はありますか (複数回答可)。
☐なし ☐睡眠不足 ☐寝すぎ ☐疲れている ☐ストレス ☐緊張 ☐空腹 ☐運動
☐飲酒 ☐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
 薬品名 : _____
 使用日数・回数 : 月に _____ 日、一日に _____ 回、その他 (_____)
 効果 : ☐よく効く ☐少しましになる ☐ぜんぜん効かない
13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。
☐CT ☐MRI ☐その他 (_____) 歳頃、 年 月頃
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. あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。
 (_____)