

頭痛 問診票

年 月 日

氏名 _____ 性：男・女 年齢 _____ 歳 職業 _____

体重 _____ kg

1. 以前から頭痛持ちでしたか

() 年前から 今回が初めて

2. 今回の頭痛が起きた時期

() ヶ月まえから () 週間前から
 () 日前から 今日から

3. 痛む場所

頭全体 頭の両側 頭の後ろの方 頭の片側 (右・左)
 こめかみ (右・左) 目の奥の方 首筋

4. 頭痛の頻度

ほぼ毎日 週に () 回ぐらい 月に () 回ぐらい
 年に () 回ぐらい

5. 頭痛が起きる時間帯

朝～午前中 昼～午後 夕方 夜 睡眠中 決まってない

6. 頭痛が起きている時間

3時間以内 半日ぐらい まる1日 2～3日 5日以上

7. 頭痛の痛み方

ズキンズキンと脈打つ感じ 重苦しい痛み 電気が走るような痛み
 目の奥をえぐられる痛み 頭を締め付けられるような痛み
 その他 ()

8. 頭痛以外の症状

頭痛発作前のキラキラした光 吐き気 光過敏 音過敏
 日常動作で頭痛がひどくなる 肩こり めまい 涙目
 鼻水 眠気 生あくび 憂うつ感 不眠

9. 思い当たるきっかけ

なし ストレス 過労 生理
 その他 ()

10. よく使う鎮痛薬と効果

薬剤名 ()
 効く あまり効かない 効かない 効かなくなってきた
 飲んでいない

11. 家族に頭痛持ちの人は

いる いない

12. 必要に応じてMRIの検査を希望しますか？

はい いいえ

13. 現在妊娠中また可能性はありますか？ (女性の方のみお答え下さい。)

はい いいえ

14. 現在授乳をしていますか？ (女性の方のみお答え下さい。)

はい いいえ