

頭痛外来問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 職業 _____

- 1 いつからですか () 歳頃、() 年 () 月頃、その他 ()
- 2 頻度 年 () 回 月 () 回 ほぼ毎日 初めて
その他 ()
- 3 頭痛の持続時間
数秒 1 - 3時間 半日 数日 常に
その他 ()
- 4 頭痛が起こる場所
片側 (右 左) 両側 真ん中 目のまわり 前 後ろ こめかみ
頭と首の境目 その他 ()
- 5 どのような痛みですか
ずきん、どくと脈をうつような しめつける 針でさされる ぴりぴり
えぐられるよう われるよう がんがん 重い こっている
その他 ()
- 6 痛みの程度
生活に支障なし 生活に支障はあるが我慢できる 生活に支障あり、寝込む
その他 ()
- 7 動作 (おじぎ、歩く、家事、階段、運動) で頭痛は変わりますか
悪化 変わらない 良くなる その他 ()
- 8 頭痛の時に一緒におこる症状 いくつでもチェック可
吐き気 光がまぶしい 音がうるさい 匂いに敏感になる
目が充血する 涙が出る 鼻水がでる めまい だるい 肩こり
首が痛む 手足がしびれる その他 ()
- 9 頭痛の前触れはあるか いくつでもチェック可
なし ぎざぎざした光がみえる 手足のしびれ
その他 ()
- 10 頭痛が起こる時間帯、状況
朝 午前 午後 睡眠中 週末 休日 生理中 特になし
- 11 どんな時起こりますか、きっかけはありますか
なし よく寝れなかった 疲れている ストレス
その他 ()
- 12 婦人科通院中ですか はい いいえ
- 13 ピル内服中ですか はい いいえ
- 14 現在の状況
特になし 妊娠中 妊娠可能性あり 授乳中 転職した
その他ストレスなど ()
- 15 これまでに頭痛で受けた検査
いつ頃 () CT MRI その他 ()
- 16 頭痛に関し気になることがあれば自由に書いてください