

頭痛外来問診票

年 月 日

お名前[

] 性別 男・女 年齢 歳

| | |
|------------------------------------|--|
| 1 頭痛の悩みはいつからですか？ | |
| 2 今現在も痛いですか？ | はい いいえ |
| 3 頭痛の強さは最近変化しましたか？ | あまり変わらない ・ ひどくなった その他 () |
| 4 頭痛の頻度は？ | ごく稀または初めて ・ 年数回 ・ 月に1～2回 1、2週に1回 ・ 週1～3回 ・ ほとんど毎日 |
| 5 頭痛が続く時間は？ | 数秒・数分・半日・1～3日・1週間・それ以上 |
| 6 頭のどこが痛みますか？ | こめかみ ・ 後頭部 ・ 眼の奥 その他 () |
| 7 痛みは片側ですか？ | 片側 ・ 両側 |
| 8 どのように痛みますか？ | ガンガン ・ ズキンズキン ・ ギュー しめつけられる ・ 重苦しい ・ 首筋がはる その他 () |
| 9 どのくらい痛みますか？ | 仕事や家事も難しい 仕事や家事は我慢しながらできる その他 () |
| 10 現在の使用薬は | 市販鎮痛薬・処方鎮痛薬・トリプタン製剤・眠剤 抗不安薬・抗うつ薬 その他 () |
| 11 あなたの頭痛がいつも決まった状況で起こるなら、書いてください。 | 状況：() |
| 12 頭を打ったり首を痛めたことがありますか？ | ある →いつ？ () ない |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 13 吐き気は？ | 嘔吐することがあるほどひどい・ひどくはないがある ない |
| 14 家族にも同様の頭痛持ちの人がいますか？ | いる →あなたとの関係 () いない |
| 15 頭痛の前にチカチカした光が見えますか？ | 光が見えることがある そのようなことはない |
| 16 頭痛の前に視野の一部が見えなくなることはありますか？ | 見えなくなることがある そのようなことはない |
| 17 温めたり、マッサージするとどうですか？ | 頭痛がひどくなる ・ 頭痛はほぼ不変 頭痛が軽くなる |