

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

書ける範囲で結構ですので、以下にご記入下さい。複数選択可

1. **頭痛はいつ頃からですか？**  本日の( )時頃から  ( )日前から  ( )週前から  
 ( )カ月前から  ( )歳頃から

2. **頭痛の起こる頻度はどれくらいですか？**

ほぼ毎日  週に( )回程度  月に( )回程度  年に( )回程度

3. **頭痛はどのくらい続きますか？**(薬を飲んでいない時、または飲んでも効かない時)

数秒  数分  数時間  1～3日  毎日

4. **どの場所が痛みますか？**

こめかみ  眼のあたり  後頭部  頭全体  その他( )

右が多い  左が多い  両側

5. **どのような痛みですか？**

鈍く重い  しめつけられる  脈打つ  ズキズキ、ガンガン

ぴりぴり、チクチク  刺すような感じ  その他( )

6. **痛みの強さはどの程度ですか？**(程度の異なる頭痛がある場合は複数選択して下さい)

生活に大きな支障はない  鎮痛剤を飲めば何とかなる  動くにつらくてじっとしている

仕事や学校を休むことがある

7. **頭痛の時に次のような症状がありますか？**

吐き気  吐く  まぶしさ(光)・音・臭いなどが気になる  めまい

肩こり  涙が出る  鼻水、鼻がつまる  その他( )

8. **どんな時に頭痛が起こりやすいですか？**

ストレスを感じている時  ストレスから解放された時  生理中、その前後  天候が変化した時

朝(起床時)  午前  午後  夕方  夜  週末  その他( )

9. **頭痛(特に強い頭痛)の前に次のような症状がありますか？**

目の前にチカチカ、ギザギザした光が見える  生あくび、眠い  空腹感  頸部のこり

疲労感、だるい  落ち着かない感じ  その他( )

10. **頭痛の時に市販薬を飲んでいましたか？飲んでいた場合、効果がありましたか？**

はい(薬名: ) 効果: あり  少し  なし  飲んでいない

11. **頭痛で以前病院やクリニックを受診したことはありますか？**  ない

ある(病院名: 時期: ) 病名は何と言われましたか? \_\_\_\_\_

検査は受けましたか?  頭部 MRI  頭部 CT  その他( )

どんな治療(薬の処方)を受けましたか? \_\_\_\_\_

12. **普段、次のような症状がありますか？**

手や足の冷え  めまい  のぼせ、ほてり  むくみ  胃腸が弱い  血圧が高い  肩こり

13. **その他、頭痛やそれに関連する症状等について、お伝えしたいことがあれば自由にお書き下さい。**