

頭痛外来問診票

ふりがな

お名前	性別	男	女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)
ご住所	〒	-		
電話番号	携帯電話			
ご職業	身長	cm	体重	kg

1) 今までに大きな病気にかかったことはありますか? [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

どのような病名ですか?

[① (歳)] [② (歳)]

薬や食べ物で副作用やアレルギーが出たことがありますか? [はい ・ いいえ]

※『はい』に○を付けられた方へ

どのような薬・食べ物ですか?

[]

2) ふだんの状態についておたずねします。

a) 食欲 [ある ・ ふつう ・ ない]

b) 睡眠 [よい ・ ふつう ・ わるい]

c) たばこ [吸う 1日 本 ・ 吸わない]

d) 排便 [普通 ・ 便秘 ・ 下痢]

e) アルコール [飲む 1日 を 本 ・ 飲まない]

f) 月経 [順 ・ 不順 ・ なし]

3) 今まで妊娠したことがありますか? [はい ・ いいえ]

現在、妊娠の可能性はありますか? [はい ・ いいえ]

4) いまのタイプの頭痛はいつごろから、あるいは何歳頃から始まりましたか?

[]

5) 頭痛の起こる頻度は、おおむね次のどれですか?

 年数回 月数回 週数回 ほぼ毎日 今回が初めて その他

6) 1回の頭痛はどのくらい続きますか?

 1週間以上 数日 丸1日 半日 1~3時間 数十分 その他

7) 頭痛の側はどちらですか?

 左 右 左右交代 両側

8) おもにどのへんが痛みますか?

 こめかみ 後頭部 前頭部 目のあたり てっぺん 首筋 その他

9) 頭痛の起こり方はどのようなですか?

 突然 じわじわ いつとは知れず

- 10) どのように痛みますか？
 脈と一致してずきずき 締め付けられるように 瞬時的（キリッ・ズキ）
 その他 []
- 11) 頭痛の強さはどの程度ですか？
 強（とてもがまんできない） 中（なんとかがまんできる） 弱（たいしたことはない）
- 12) 1日のうちで、いつが一番痛みますか？
 朝起きたときから 午前中 午後 寝ているとき 一日中 その他
- 13) 頭痛に伴う症状は次のどれですか？
 閃輝暗点（ぎらぎらしたり、見えにくくなる症状） はきけ 嘔吐
 日常動作による頭痛増悪 光過敏 音敏感 肩こり めまい 憂うつ感
 不眠症 だるい 下痢 耳鳴り その他 []
- 14) 思いあたる頭痛の原因はありますか？
 なし ストレス 過労・疲労 飲酒 生理 更年期 運動
 不眠 寝過ぎ 肩こり 運動不足 空腹 入浴 その他
- 15) いつも使っている頭痛のお薬とその使用頻度を教えてください。
(例：バップアリンを毎日3回飲んでいいる)
 []
- 16) そのお薬の効果はどうですか？
 よく効く あまり効かない 効かない だんだん効かなくなってきた
 その他 []
- 17) あなたの頭痛について、いままで受けた検査や、診断、説明について教えてください。
(例：〇〇年前に××病院でCTを受けたが、正常と言われた)
 []
- 18) 血のつながった方で頭痛もちの方がいらっしゃいますか？ [はい ・ いいえ]
※『はい』に○を付けられた方へ
 それはどなたですか？
 []
- 19) あなたの頭痛について、関係がありそうなことや気がついたことなどがあればご記入ください。
(例：だんだんひどくなるので脳腫瘍が心配です)
 []
- 20) 当院を何でお知りになりましたか？
 近所だから 知り合いの紹介で インターネットで
 看板を見て チラシを見て その他 []