

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・令和	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

