

頭痛外来 問診票

氏名 _____ 性別 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

下記の質問について、該当するものに○印、もしくは()内にご記入ください。

1. いつ頃から頭痛を自覚していますか？(生まれて初めて頭痛を自覚した年齢や時点を記入してください)
()歳頃から・()日前から・()ヶ月前から・()年前から
2. どのあたりが痛くなりますか？(まず痛む側を、その後痛む場所を記入してください)
右・左・両側：〔おでこ・目の周囲・目の奥・こめかみ・頭頂部・耳の上・耳の後ろ・後頭部・首筋・頭全体・他()〕
3. どのように痛みますか？
締め付けられる・ギューと押される・脈を打つような(ズキズキ・ドクンドクン)・全体が重い・電気が走るような(ちくちく・ズキッとした瞬間の痛み)・割れそうに・他()
4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？
()ヶ月に()回位・()週間に()回位・ほぼ毎日()日・ヶ月・年)前から
5. 頭痛はどのくらい続きますか？
()時間位で治まる・()日位でおさまる・()週間くらい・ずっと続いている
6. 頭痛のときの症状で、痛み以外にはどのようなものがありますか？
ない・ある：〔肩こり・吐き気がする・嘔吐・階段昇降や頭を動かす動作で増強する・生理痛・涙が出る・鼻水が出る(黄色・透明)・落ち着きが無い・めまい(クラクラ・フワフワ・天井が回る)〕
7. 頭痛に伴い、普段は気にならない光をまぶしく感じることはありませんか？また、それはどのような光ですか？
ない・稀にある・時々ある・常にある
ある場合：〔太陽・蛍光灯・テレビ画面・パソコン画面・他()〕
8. 頭痛に伴い、普段は気にならない音をうるさく感じる時がありますか？また、それはどのような音ですか？
ない・稀にある・時々ある・常にある
ある場合：〔テレビ・話し声・泣き声・雑踏音・ハイヒールで歩く音・他()〕
9. 頭痛に伴い、普段は気にならない匂いを嫌だと感じる事はありますか？またそれはどのような匂いですか？
ない・稀にある・時々ある・常にある
ある場合：〔タバコ・香水・食べ物・汗・アルコール・他()〕
10. ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？
いいえ・はい：〔父親・母親・兄・弟・姉・妹・息子・娘・祖父・祖母・叔父・叔母〕
11. 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやける事がありますか？
また、その症状が出始めてから頭痛が起こるまでにどのくらいかかりますか？
いいえ・はい：〔内容： _____ ・頭痛が始まるまでの症状持続時間()分〕
12. 頭痛のとき、どのような日常生活に支障を来しますか？
学校や仕事を休んだ・保健室で寝たり、早退をした・家事や工作中に横になった・我慢して仕事や勉強をした
予定をキャンセルした・休みの日は寝ていたい・できれば寝ていたい・じっとしている・やる気が出ない

* これまでに医療機関で検査・治療を受けた、または市販薬を使用した事がある方は裏面にお進みください。

13. これまで頭痛薬は飲んでいましたか？(複数選択可)

いいえ・はい：〔バファリン・イブ・ナロンエース・セデス・ノーシン・ハッキリエース・サリドン・タイレノール・ニューカイトキ Z・ロキソニン・カロナール・アスピリン・SG 顆粒・ハイペン・モービック・イミグラン(注射・点鼻・錠剤)・ゾーミッグ・レルパックス・マクサルト・アマージ・他()〕

14. 現在は、どの頭痛薬を1ヶ月に何回程度使用しますか？

常備薬：()・1ヶ月に()日程度服薬

15. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？

いいえ・はい

16. これまでに頭痛で、頭部検査を受けたことがありますか？また、それはいつ頃ですか？

いいえ・はい：〔頭部 CT・頭部 MRI・頭部 MRA・脳波検査・不明〕

検査時期：()年前・()ヶ月前

ご協力ありがとうございました。