

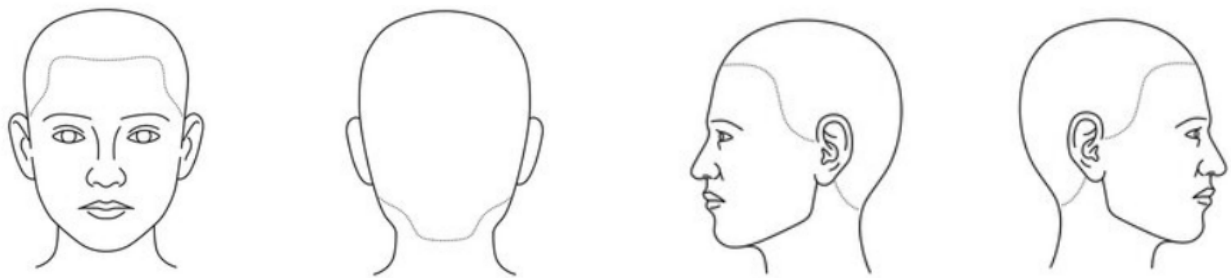
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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ください)

()歳ころから ・ ()日前から ・ ()カ月前から ・ ()年前から
慢性的な頭痛はありますか？ 有・無 (回/月)

2. どのあたりが痛くなりますか？ 痛む場所に斜線をつけてください



☐目の奥 ☐肩 ☐耳 ☐鼻 ☐ほほ ☐あご ☐上の歯 ☐下の歯 ☐その他 ()

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(ズキンズキン・ドクンドクン)
☐電気が走るような(チクチク・ズキとした瞬間の痛み) ☐割れそうに ☐殴られたような
☐他 ()

4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？

()カ月に()回くらい ・ ()週間に()回くらい
ほぼ毎日(日 ・ カ月 ・ 年)前から

5. 頭痛はどのくらい続きますか？ 頭痛の強さ(一番つらいときの頭痛)は？数字に○をつけてください

()時間くらいで治まる ・ ()日くらいで治まる ・ ()週間くらい ・ ずっと続いている



0

痛みがない



1

わずかに痛む



2

少し痛んでつらい



3

痛くてつらい



4

すごく痛くてとてもつらい



5

耐えられないほど痛い

6. 頭痛のときの症状で、痛み以外に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 ・ 落ち着きがない ・ めまい(くらくら・ふわふわ・天井が回る)

7. 頭痛に伴い、普段は気にならない光がまぶしく感じることはありますか？またどのような光ですか？

☐ ない ☐ まれにある ☐ 時々ある ☐ 常にある

ある場合：【 太陽 ・ 蛍光灯 ・ TV画面 ・ パソコン画面 ・ 携帯電話 ・ 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ことはありますか？またどのような音ですか？

☐ ない ☐ まれにある ☐ 時々ある ☐ 常にある

ある場合：【 ・ TV画面 ・ 話し声 ・ 泣き声 ・ 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ことはありますか？またどのような匂いですか？

☐ ない ☐ まれにある ☐ 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. 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやけることはありますか？

☐ ない ☐ ある

またその症状が始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？

頭痛が始まるまでの症状持続時間 ()分

11. 頭痛時、どのように対応すると楽になりますか？ ☐ なにもしない

☐ 横になって休む ☐ 冷やす ☐ 温める ☐ マッサージ ☐ 入浴 ☐ 薬を飲む ☐ その他
()

12. 頭痛のとき、日常生活に支障がありますか？

☐ 日常生活が送れる ☐ 学校や仕事を休んだ ☐ 保健室で寝たり、早退した
☐ 家事や工作中、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
☐ でできれば寝ていたい ☐ じっとしている ☐ やる気が出ない

13. これまで頭痛薬を服用しましたか？

☐ 服用していない

☐ 服用している 【薬の名称：】

服用頻度 ()回/月)、 ()回/日)

薬の効果は？ ☐ 効く ☐ あまり効かない ☐ 効かない ☐ 効かなくなってきた ☐ まちまち

14. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことはありますか？

☐ いいえ ☐ ある

15. 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 ・ 脳波 ・ 不明)

検査時期：()年前 ・ () か月前

16. ご家族に頭痛もちの方はいらっしゃいますか？

☐ いいえ

☐ はい 父親、母親、配偶者、兄、弟、姉、妹、子ども、祖父、祖母、叔父、叔母、その他 _____

ご協力ありがとうございました。