

頭 痛 問 診 票

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 男 ・ 女

Q1. 今までに、つらい頭痛を経験したことはありますか？

はい いいえ

※「はい」と答えた方にお伺いします。今回の頭痛はいつもの頭痛とは違いますか？

同じ 何となく違う気がする 違う わからない

Q2. 今までと同じような頭痛の経験がある場合、どのくらいの頻度で起こりますか？

数ヶ月に1回から月1~2回 週2~3回 ある一定期間に頻繁に起こる その他
ほとんど毎日 年単位で群発地震のようにまとまって起こる

Q3. どのような痛みですか？当てはまるものすべて選んで下さい。

ずっきんずっきんと脈打つような 締め付けられるような えぐられるような その他
動くと痛みが増す 重いような じっとしてられない ()
ときどき寝込むほど強く痛む 軽い痛みで仕事はできる 耐え難い痛み

Q4. どのあたりが痛みますか？当てはまるものすべて選んで下さい。

頭の片側が痛む 頭の両側や後頭部が痛む 片側の目の奥が痛む

Q5. 頭痛に伴って起こる症状で、当てはまるものすべて選んで下さい。

吐き気がしたり吐いてしまう 肩こり 目の疲れ 片側から涙が出る まぶたが下がる
音や光が気になる ふわふわ感 片側の目が赤くなる 鼻水・鼻づまり
その他 ()

Q6. 頭痛が起こる前にギザギザした光が見えたり、見えにくい部分ができることがありますか？

いつも ときどき なし

Q7. 頭痛のきっかけと思われることは？当てはまるものすべてを選んで下さい。

人ごみ 生理 目の使いすぎ アルコール その他
寝すぎ 寝不足 長時間の同一姿勢 ()
ホッとしたとき (忙しさから解放) パソコンやワープロ
精神的ストレス

Q8. 頭痛は日常生活に影響を及ぼしますか？当てはまるものすべて選んで下さい。

寝込んでしまう 頭痛の為に仕事や学校を休むことがある 能率が半分以下に落ちることがある
家族や友人との約束や用事が果たせなくなる 通常の生活に支障はない その他

Q9. 今までに或いは現在、以下の病気にかかっていますか？当てはまるものすべて選んで下さい。

脳血管の病気 (脳卒中等) 心臓の病気 血管の病気 高血圧 糖尿病
消化管の病気 (胃潰瘍等) 肝臓の病気 腎臓の病気 血液の病気 緑内障 その他
()

Q10. 薬局で購入された市販薬も含め、現在、お薬を服用していますか？

はい→お薬の名前がわかる方は () いいえ