

頭痛外来問診票

氏名 _____ (_____ 歳) (男・女) 記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

● いつ頃から頭痛がおこるようになりましたか。

(_____) 歳頃より

または (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 頃より

● 頭痛はどのくらいの頻度でおきますか。

数年に1回 年に数回 月に数回 週に数回 ほぼ毎日

その他 (_____)

● 1回の頭痛が続く時間はどのくらいですか。

1日中 半日程度 数時間 数十分 数分

その他 (_____)

● どこが、どのように痛みますか。

どこが: (_____)

どのように: ズキズキする 締め付けられるよう 頭が重い ピリピリする
 その他 (_____)

● 頭痛がひどいときには日常生活にどの程度影響しますか。

何とかいつも通りに動ける 家事や仕事ができなくなる 寝込んでしまう

● 頭痛の時に何か症状はありますか。

頭痛が起こる前にきらきらした光が見える 刺激に敏感になる (光・音・臭い)
 吐き気・嘔吐 めまい 鼻水が出る 涙が出る 肩こりがひどい
 その他 (_____)

● 頭痛がおこるきっかけで思い当たることはありますか。

ストレス 疲労 天候 睡眠不足 月経周期との関連 (月経前や月経中)
 人混み 特定の食べ物 (_____) その他 (_____)

● 頭痛に対して今までどのような薬をのみましたか。

(_____)

● 頭痛の症状で今までに他の医療機関を受診したことがありますか。

いいえ

はい → 病院名 (_____)