

@頭痛問診表

お名前：
 男・女 歳

*今のタイプの頭痛はいつ頃から始まりましたか。

年
 ヶ月
 日 前から 歳頃から

*頭痛の起こる頻度は、おおむね次のどれですか。○をしてください

・年数回 ・月数回 ・週数回 ・ほぼ毎日 ・今回は初めて ・その他()

*一回の頭痛はどのくらい続きますか。

・途切れるときがない、
 ・数日間 ・丸一日 ・半日 ・1～3時間 ・数十分間 ・瞬時的 ・その他()

*頭痛の側はどちらですか。

・左 ・右 ・左右交代 ・両側 ・真中

*おもにどの変が痛みますか。

・こめかみ ・後頭部 ・前頭部 ・目のあたり ・頭頂部
 ・ハチマキ様 ・首筋 ・その他()
 ・頭痛タイプ別図の A B C D E F に近い

*頭痛の起こり方はどのようなですか。

・突然(1分以内) ・比較的急に(10分以内) ・いつとは知れず ・前兆あり()

*どのように痛みますか。

・脈と一致してズキズキ ・重苦しい ・鋭く瞬時的(キリッ、ズキッ) ・深部でうずく
 ・腫れぼったい感じ ・その他()

*頭痛の強さはどれくらいですか。(0が無痛、10がこの状態で経験した最も強い痛み)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛 ま な い		わ ず か に 痛 む		不 快 で あ る		か な り 痛 む		ひ ど く 痛 む		耐 え が た い

*一日のうちでは、いつが一番痛みますか。

・朝めざめてすぐ ・午前 ・午後 ・寝ているとき ・一日中 ・その他()

*身体や生活の周期に伴い頭痛がありますか

・食事中, 食後 30 分以内 ・食後 1~2 時間後 ・生理前・生理中 ・週末 ・その他()

*思いあたる頭痛の原因はありますか。

<ul style="list-style-type: none">・暑さ・寒さ・光 (太陽、テレビモニター)・騒音・低気圧・軽い運動・強い運動・座った姿勢・立った姿勢・頭部の圧迫	<ul style="list-style-type: none">・食事・飲酒・化学製品・睡眠/安静・娯楽・排尿/排便・緊張/ストレス・仕事・勉強・過労・疲労	<ul style="list-style-type: none">・生理・更年期・その他 ()・思いあたるものなし。
---	---	---

*頭痛に伴う症状はありますか。

<ul style="list-style-type: none">・吐き気、嘔吐・冷や汗・発熱・めまい、失神・目のチカチカ感	<ul style="list-style-type: none">・疲労感・脱力・筋のこわばり・肩こり・手足のしびれ, 痛み, 冷え・その他 ()()
---	--

* 普段お使いの頭痛のお薬と、その使用頻度を教えてください。

・薬品名 () ・頻度 ()
() ()

* そのお薬の効果はどうか。

・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

* あなたの頭痛について、今まで受けた検査や、診断、説明について教えてください。

・レントゲン、CT, MR I 撮影 ・尿検査 ・血液検査 その他()
・診断() ・説明()

* あなたの頭痛について、関係がありそうなこと、気がついたこと、特別なことがあれば書いてください。

<ul style="list-style-type: none">・
