

# 頭痛の問診票

- お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 (ID \_\_\_\_\_) (担当者サイン \_\_\_\_\_)  
身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg) 血圧 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg) 握力(右 \_\_\_\_\_ kg・左 \_\_\_\_\_ kg)
- いつから頭痛がありますか。 歳頃、 年 月頃から、( 日、 週、 月) 前から
  - どのくらいの頻度ですか。 年 回 月 回 ほぼ毎日  
今回が初めて その他( \_\_\_\_\_ )
  - 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか。  
ずっとある 数日間 丸1日 半日 1~3時間 瞬間  
その他( \_\_\_\_\_ )
  - 頭痛がおこるところはどこですか(複数回答可)。  
片側( 右 左 ) 両側 真ん中 いつもちがうところが痛む 目のまわり  
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首のさかいめ その他( \_\_\_\_\_ )
  - どのような痛みですか(複数回答可)。  
ずきんずきんと脈打つ しめつける 刺されるような ぴりぴり つかまれるような  
えぐられるような 焼けるような 割れるような ガンガンする 重い、コリのような  
その他( \_\_\_\_\_ )
  - 痛みの程度  
仕事や日常生活に問題なし  
仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている。我慢している。  
仕事や家事ができない。寝込んでしまう。

Ha days	/mo
Mig days	/mo
(医師が記入します)	
  - 頭痛がある時、ふだんの動作(階段の昇降など)や、体操、運動をすると、頭痛が  
悪化する かわらない 改善する その他( \_\_\_\_\_ )
  - 頭痛に伴う症状はありますか(複数回答可)。  
はきけ、嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感( \_\_\_\_\_ )  
目が充血する 涙がでる 鼻水がでる めまい 脱力感、体がだるい  
肩こり 首が痛む 手や足がしびれる その他( \_\_\_\_\_ )
  - 頭痛の前ぶれはありますか(複数回答可)。  
なし ギザギザとした光がみえる 手や足がしびれる その他( \_\_\_\_\_ )
  - 頭痛がおこりやすい時刻、状況  
朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中(女性の方) 特になし
  - 思い当たる誘因や原因はありますか(複数回答可)。  
なし 睡眠不足 寝すぎ 疲れている ストレス 緊張 空腹 運動  
飲酒 その他( \_\_\_\_\_ )
  - 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数、効果について  
薬品名: \_\_\_\_\_  
使用日数・回数: 月に \_\_\_\_\_ 日、一日に \_\_\_\_\_ 回、その他( \_\_\_\_\_ )  
効果: よく効く 少しましになる ぜんぜん効かない
  - 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。  
CT MRI その他( \_\_\_\_\_ ) 歳頃、 年 月頃
  - ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。 なし あり(続柄: \_\_\_\_\_)
  - あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )