

頭痛問診票

(初診用)

おきつ医院

受診日 年 月 日

下記の質問について、該当するものに ✓ をご記入いただくか、下線部にご記入ください。

- 1 いつごろから頭痛を自覚していますか？（初めて自覚した時点をいずれか記入してください）
☐ 歳頃から ☐ 日前から ☐ ヶ月前から ☐ 年前から
- 2 どのあたりが痛くなりますか？（痛む場所を選んでください）
☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側： ☐ おでこ ☐ 目の周囲 ☐ 目の奥 ☐ コメカミ ☐ 頭頂部 ☐ 耳の上
☐ 耳の後ろ ☐ 後頭部 ☐ 首筋 ☐ 頭全体 ☐ 他（ ）
- 3 どのように痛くなりますか？
☐ 締め付けられる ☐ ギューッと押される 脈を打つような（ ☐ ズッキンズッキン ☐ ドックンドックン ）
☐ 全体が重い
☐ 電気が走るような（チクチク・ズキズキとした瞬間的な痛み） ☐ 割れそうに ☐ 他（ ）
- 4 頭痛の頻度はどのくらいですか？
（ ）ヵ月に（ ）回位 （ ）週間に（ ）回位 ☐ ほぼ毎日（ ）日・ヵ月・年 前から
- 5 頭痛はどのくらい続きますか？
☐ 時間位で治まる ☐ 日位で治まる ☐ 週間位 ☐ ずっと続いている
- 6 頭痛のときの症状で、痛み以外には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痛みが増強する
☐ 涙が出る ☐ 鼻水が出る ☐ 落ち着きがない めまい（ ☐ クラクラ ☐ フワフワ ☐ 天井が回る ）
- 7 頭痛に伴い、普段は気にならない光をまぶしく感じることはありませんか？
☐ ない ☐ 稀にある ☐ 時々ある ☐ 常にある
- 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せんか？
☐ ない ☐ 稀にある ☐ 時々ある ☐ 常にある
- 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せんか？
☐ ない ☐ 稀にある ☐ 時々ある ☐ 常にある
- 10 ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？
☐ いいえ ☐ はい： ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 娘 ☐ 息子 ☐ 兄 ☐ 弟 ☐ 姉 ☐ 妹 ☐ 祖父
☐ 祖母 ☐ 叔父 ☐ 叔母
- 11 頭痛のとき、どのような日常生活に支障をきたしますか？
☐ 学校や仕事を休んだ ☐ 保健室で寝たり、早退をした ☐ 家事や仕事に横になった ☐ 我慢して仕事や勉強をした
☐ 予定をキャンセルした ☐ できれば寝ていた ☐ じっとしている ☐ やる気が出ない
- 12 これまで頭痛薬は飲んでいましたか？
☐ いいえ ☐ はい
- 13 現在は、どの頭痛薬を1ヵ月に何日程度お飲みになりますか？
☐ 常備薬：（ ） ☐ 1ヵ月に（ ）日程度服薬
- 14 これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい
- 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？
☐ いいえ ☐ はい： ☐ 頭部CT ☐ 頭部MRI ☐ 頭部MRA ☐ 脳波検査 ☐ 不明
- 16 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやけることがありますか？
☐ いいえ ☐ はい