

頭痛問診票

20 年 月 日

・氏名 _____

丸ノ内なかごみクリニック

体温 度 血圧 /

- ・心配されている頭痛はいつ、どんな風に始まりましたか？
()
- ・何かきっかけはありましたか？ はい いいえ それは何ですか？ ()
- ・今も同様の痛みが続いていますか？ はい いいえ
- ・以前に頭痛はありましたか？ はい いいえ はいの場合 同じ頭痛 別の頭痛
- ・別の頭痛も今ありますか？ はい いいえ

- ・心配されている頭痛はどれくらいの頻度で起こりますか？
週に()回くらい 月に()回くらい 年に()回くらい その他()
- ・その痛みはどれくらい続きますか？
 数秒 数分 3時間以内 4時間以上 1日中 1週間 1年中
- ・痛みが起きる時間は決まっていますか？ はい いいえ いつ頃ですか？ ()
- ・どこが痛みますか？ ()
クビが痛い場合 それは突然起きましたか？ はい いいえ
- ・いつも同じところが痛みますか？ はい いいえ
- ・どのように痛みますか？ ()
- ・どのくらい痛みますか？
 じっとしていられない 頭を抱えて転げ回る
 寝込んだり、何もできない、じっとしたい
 我慢できる程度(仕事や家事等はできる)
- ・どのような時に痛みがひどくなりますか？ ()
動くとき痛みますか？ はい いいえ 入浴すると痛みますか？ はい いいえ

- ・頭痛以外にどのような症状がありますか？
 目の前に光がチカチカ出たり、文字が見えにくくなる 光、音、匂いに過敏になる
 痛む側の目から涙が出る、目が充血する 鼻汁・鼻づまりがある 顔が赤くなる
 肩や首が凝る 吐き気がしたり嘔吐する
 めまい・ふらつき 難聴・耳鳴り
 顔(口)や手のシビレ
 麻痺 脱力感 その他()
- ・痛み止めを使用していますか？ はい いいえ 名前()
使用頻度は？ 毎日あるいは月に10日以上 月に10日以下 時々、たまに
効果はありますか？ はい いいえ 使用期間は？ 3ヶ月以上服用している

- ・これまでに何か病気をしましたか？
 副鼻腔炎(蓄膿症) 頭部外傷 頸椎捻挫 脳梗塞 脳出血 甲状腺疾患
 その他()
- ・ご家族に以下の病気はありますか？
 片頭痛 (母・父・) くも膜下出血・脳動脈瘤 (母・父・)

- ・お薬にアレルギーはありますか？ あり なし 何に対して？ ()