

ID 氏名 頭痛問診票

- 1 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
- 2 どのくらいの頻度ですか？  
年\_\_\_\_回    月\_\_\_\_回    ほぼ毎日    今回が始めて  
その他(\_\_\_\_)
- 3 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(\_\_\_\_)
- 4 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    いつも違うところが痛む  
目のまわり    前    後ろ    横    てっぺん    頭と首のさかいめ  
その他(\_\_\_\_)
- 5 どんな痛みですか？(複数回答可)  
ずきんずきんと脈を打つ    しめつける    刺されるような    びりびり  
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(\_\_\_\_)
- 6 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があるが、何とかこなしている。我慢している。  
仕事や家事ができない。寝込んでしまう。
- 7 頭痛がある時、普段の動作(階段の昇降など)や、体操、運動をすると、頭痛が  
悪化する    変わらない    改善する    その他(\_\_\_\_)
- 8 頭痛に伴う症状がありますか？(複数回答可)  
吐き気、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    涙が出る    鼻水が出る    めまい    脱力感、体がだるい  
肩こり    首が痛む    手や足が痺れる    その他(\_\_\_\_)
- 9 頭痛の前ぶれはありますか？(複数回答可)  
なし    ギザギザした光が見える    手や足が痺れる  
その他(\_\_\_\_)
- 10 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
- 11 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(\_\_\_\_)
- 12 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  
 薬剤名:\_\_\_\_\_  
 使用日数・回数:月に\_\_\_\_日、1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
- 13 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:\_\_\_\_\_)
- 14 あなたの頭痛について関連がありそうなこと、気が付いたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。