

頭痛問診票(初診用)

氏名 _____ ・年齢 _____ 歳 _____ ・職業 _____ ・部活・習い事 _____

1 いつごろから頭痛を自覚していますか？(生まれて初めて頭痛を自覚した年齢を記入してください) ()歳頃から ()日前から ()カ月前から ()年前から ()時間前から
2 どのあたりが痛くなりますか？(複数回答可) 右側 ・ 左側 ・ 両側 ・ 頭頂部 ・ 後頭部 { おでこ ・ 目の周囲 ・ 目の奥 ・ コメカミ ・ 耳周囲 ・ 首筋 ・ 頭全体 }他()
3 どのように痛くなりますか？ ギューツと締め付けられる・脈をうつような(ズッキンズッキン・ドクンドクン)・全体が重い・不規則・瞬間的・割れそうに電気が走るような・ピリピリチクチク頭皮表面・眼球奥がえぐられるような・ガンガン 他()
4 頭痛の頻度はどのくらいですか？ ()カ月に()回位 ・()週間に()回位 ・ほぼ毎日(日・カ月・年)前から
5 頭痛はどのくらい続きますか？(どのくらいで治まりますか？) ()秒 ()分 ()時間位 ()日間位 ()週間位 ずっと続いている
6 頭痛の時の症状で、痛み以外にはどのようなものがありますか？(複数回答可) ない ・ ある { 肩こり・吐気・嘔吐 ・階段昇降や頭を動かすと痛みが増強する ・生理痛 ・眼球充血 ・涙が出る 鼻水が出る(黄色・透明) ・落ち着きがない ・手足のしびれ ・眩暈・(クラクラ・フワフワ・天井がまわる)}
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すか？ また、それはどのような光ですか？{ }内 ない ・時々ある ・常にある { 太陽 ・蛍光灯 ・テレビやパソコン画面 ・車のライト ・白いもの ・他()}
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すか？ また、それはどのような音ですか？{ }内 ない ・時々ある ・常にある { テレビ ・話し声 ・泣き声 ・雑踏音 ・ハイヒールで歩く音 ・音楽 ・他()}
9 頭痛に伴い普段気にならない匂いを嫌だと感じることはありますか？ また、それはどのような匂いですか？{ }内 ない ・時々ある ・常にある { タバコ ・香水 ・食べ物 ・汗 ・アルコールやシンナー ・柔軟剤 ・他()}
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・子供・きょうだい・祖父母・叔父・叔母・他}
11 頭痛がおこる30分～1時間位前に、目にチカチカ光が見えたり、ぼやけることがありますか？ いいえ ・ はい
12 頭痛の前触れとしてどのような症状がありますか？ ない ・ ある {生あくび ・空腹感 ・肩こり ・だるさ・他 }
13 頭痛の時、日常生活に支障をきたしますか？ ・仕事(学業)や日常生活に支障はない ・仕事(学業)や日常生活に支障があるがなんとかこなしている(休まないが効率が下がる・保健室利用する・遅刻・早退) ・仕事(学業)や家事ができない。寝込んでしまう。(学校や仕事 ・家事を休む ・予定をキャンセルした)
14 これまでに頭痛薬は飲んでいましたか？ いいえ ・ はい (以下複数回答可) (バファリン ・イブ ・ナロンエース ・セデス ・ノーシン ・ハッキリエース ・サリドン ・タイレノール ・モーピック ・ハイペン ・ニューカイテキZ ・ロキソニン ・カロナール ・アスピリン ・SG 顆粒 ・他() イミグラン(注射 ・点鼻 ・錠剤) ・ゾーミック ・レルパックス ・マクサルト ・アマージ ・レイボー
15 現在はどの頭痛薬を1カ月に何日程度お飲みになりますか？ 常備薬() 1カ月に()日程度服用
16 思い当たる頭痛の誘因はありますか？ ストレス ・寝すぎ・寝不足 ・酒 ・光 ・音 ・におい ・暑さ ・運動 ・寒暖差 空腹 ・低気圧 ・月経 ・チョコ等食品 ・塾 ・習い事 ・部活 ・受験 ・人間関係 ・学校・他()
17 頭痛が起こりやすい時間帯や状況がありますか？ ない ・ ある { 朝 ・起床時 ・睡眠中 ・頭を上げると痛い 帰宅時～後 ・週末 ・休日 ・空腹時 ・月経時 ・排卵日 ・ピル休薬時 ・他()}
18 これまでに頭痛で他の医療機関にかかったことはありますか？ {又医師に何と言われましたか？} いいえ ・ はい (病院名) {疾患名等 }
19 これまでに頭痛で頭部検査を受けたことがありますか？ またそれはいつ頃ですか？ いいえ ・ はい { CT ・ MRI ・ 脳波 ・ 他 } ・検査時期()年前 ()カ月前 ()日前
20 アルコールはどのくらいのみますか？ のまない ・のむ (ほぼ毎日・ 日/週) {種類・量 }
21 タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う 本/日 電子タバコ ・ 紙タバコ
22 仕事(学業)でPC・スマホの使用時間は？(時間) ・仕事(学業)以外のPC・スマホの使用時間は？(時間)
23 睡眠はどのくらいですか 時間/日 ・昼寝 時間 ・夜勤等不規則
24 現在婦人科通院中ですか？ いいえ・はい ・ピル服用中ですか？ いいえ・はい ・妊活中ですか？ いいえ・はい
25 現在の状況に○をしてください。妊娠中 ・妊娠可能性あり ・授乳中 ・子育て中 ・介護中 ・受験勉強中 転職など生活が変わったばかり・ストレスがある()
26 頭痛外来受診にあたってご希望はありますか？ 画像診断のみ受けたい ・診断に応じ投薬希望 ・診断書希望 ・抗 CGRP 注射希望 ・日常生活指導 ・最新治療情報・他()
特別心配なこと・相談があればお書きください