◎頭痛に関する問診票◎

記載日:　　年　　月　　日 ID番号:

氏名		(男・女)	生年月日(大、昭、平)　年　　月　　日(　歳)
身長	cm	体重	kg	職業	

☆以下の質問で、当てはまるものに〇印を付け、また、記入して下さい。

1. あなたは頭痛持ちですか　【はい・いいえ】 常用薬(

2. いま、頭痛がありますか　【はい・いいえ】

3. 今回の頭痛は、いつから始まりましたか

①[　　] (時間・日・ヶ月・年)前から

②正確な発症日時が分かっている場合:　年　月　日　時　分

4. 頭痛は持続性ですか、発作性ですか　【持続性・発作性】

5. 頭痛が持続性の場合、その持続時間

①頭痛が始まると[　　] (時間・日・ヶ月・年)位続く

②頭痛は、1年に [　　]回位起こる

6. 頭痛が発作性の場合、その持続時間

①頭痛は[　　](分・時間)位で最も強くなり[　　](分・時間・日)位で消失する

②頭痛は、1年に [　　]回位起こる

③頭痛は一定の期間毎日おこるが、それを過ぎると何ともない【はい・いいえ】

④短く、鋭い痛みが一日に何回も起こる　【はい・いいえ】

7. 頭痛の部位

①頭[前頭部・側頭部・後頭部(左・右・両側)]②頭全体③頭のてっぺん

④眼の奥・こめかみ(左・右・両側)　⑤首筋・肩(左・右・両側)

⑥特に決まっていない　⑦その他→

8. 頭痛の性質

・重いものをかぶっているような　・頭が割れそうな　・しめつけられるような

・ズキンズキンと脈打つような　・ガンガンするような　・キリキリ刺すような

・ビリビリ。チクチクするような　・うずくような　・その他→

9. 頭痛の程度

(a)痛みの程度	(b)家事・仕事との関係
①少し我慢すれば治る	①家事・仕事を休む必要はない
②静かにしていればよくなる	②家事・仕事を中止する
③すごく痛み起きていられない	③家事を止め寝込んだり、会社を休む

10. 頭痛の起こる時間

①1日のうちでは:・朝痛みで目がさめる・起床時　・午前中　・午後　・夕方

・夜中に痛みで目がさめる　・一定の時刻に痛む　・特に決まってない

②1週間の内では:・日曜日など休みの日　・月曜日など週の始め　・曜日と関係ない

③決まった季節に痛む【いいえ・はい→季節(　　)】

④女性の方　月経と【関係はない・関係がある(月経前・月経中・月経後)】

11. 頭痛の引き金

・ストレス　・心配事　・疲れ　・忙しい仕事　・外出　・買物　・騒音

・直射日光　・コーヒー　・チョコレート　・アルコール　・その他(

12. 頭痛の前ぶれ

・目の前にチカチカやギザギザが見える　・まぶしい

・物がぼやけたり見えない(一部・半分・全体)　・その他(

13. 頭痛と同時に見られる症状

・吐き気　・嘔吐　・音がうるさい　・目がまぶしい　・首筋や肩がこる

・鼻がつまる　・涙がでる　・目が赤くなる　・こめかみの血管が脈打つ

・その他(　　)

14. 現在または過去の病気

・頭部外傷・交通事故(　　年　　月　　日)　・頚椎症

・脳卒中(病名　　発症年月日　　年　　月　　日)

・高血圧(　歳頃から)・低血圧(　歳頃から)・アレルギー(　　)

・その他(　　)

15. 次の質問に答えてください

①肉親に頭痛持ちがいる【いいえ・はい→それは誰　で病名】

②普段から肩がこる　【いいえ・はい】

③目がつかれる　【いいえ・はい】

④タバコ　【すわない・すう→本／日】

⑤アルコール　【飲まない・飲む→ビール・ウイスキー・他　→量　／日】

16. 今までに頭痛に効いた薬はありましたか【はい・いいえ】

・薬の名前(

17. 今日は何を心配して病院に来ましたか

18 今　、頭痛について質問したいことを述べて下さい

19. 最後に当院を何でお知りになりましたか？

・看板・広告(電柱・タウンワーク)・ホームページ・通りがかり・紹介(