

頭痛問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 才

1 もともと「頭痛もち」ですか。そうなら初めて頭痛を感じたのはいつですか。

いいえ はい(いつごろから: _____) 例:約3年前、14歳ごろから

2 今回の頭痛はいつもと同じですか。

いつもと同じ いつもと違う(なにが違う: _____) 今回が初めて

3 今回の頭痛はいつから始まりましたか。

(_____)から 例:突然に、2~3時間前から、昨日から、先週から

4 頭痛もちの方:頭痛の頻度は。

年数回 月数回 週数回 ほぼ毎日

5 1回の頭痛が続く時間は。

瞬間~数分 1~2時間 半日 一日中ずっと 数日間 その他(_____)

6 どこが痛みますか(複数回答可)。

頭全体 おでこ(右・左) こめかみ(右・左) 頭のとっぺん(右・左)
 後頭部(右・左) 首すじ(右・左) 眼の奥(右・左) その他(_____)

7 どのような痛みですか(複数回答可)。

「ズキンズキン」と脈打つ 締めつけられるような えぐられるような 命にかかわりそうな恐怖感をともなうような痛み その他(_____)

8 学校や仕事、家事はできますか。

するのがつらく、できれば寝ていたい 何とか我慢しながらできる 何もできない
 普通にできる

9 動くと痛みはどうなりますか。

できれば動かずじっとしたい 動いていた方が痛みが軽くなる(まぎれる) 痛くてじっとしておれない(痛くて歩き回ってしまう、痛くて横にもなれない) かわらない

10 頭痛以外の症状はありますか(複数回答可)。

はきけ・嘔吐 肩こり・首こり ふわふわしためまい 眼の充血 涙がでる 鼻水
 目の症状(ギザギザする光が見える、かすむ) 光がまぶしい 音に敏感 匂いに敏感

11 思いあたる頭痛の原因・誘因はありますか(複数回答可)。

なし ストレス・疲労 飲酒 生理 その他(_____)

12 ご家族のなかに「頭痛もち」の方はいらっしゃいますか。

いる(あなたとの関係: _____) いない

13 いつも使っている頭痛薬はありますか。

ある(_____) なし

14 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。

はい(どこで: _____) なし