

頭痛外来問診票

お名前 ()

| | | |
|----|-----------------------------|--|
| 1 | 頭痛の悩みはいつからですか？ | |
| 2 | 今現在も痛いですか？ | ・はい ・いいえ |
| 3 | 頭痛の強さは最近変化しましたか？ | ・あまり変わらない ・ひどくなった ・その他→ () |
| 4 | 頭痛の頻度は？ | ・ごく稀または初めて ・年に数回 ・月に1～2回 ・1～2週間に1回 ・週に1～3回 ・ほとんど毎日 |
| 5 | 頭痛が続く時間は？ | ・数秒 ・数分 ・数時間 ・半日以上 ・1日～3日 ・1週間 ・それ以上 |
| 6 | 頭痛が起こる時間帯は？ | ・決まっていない ・決まっている→いつ？ () |
| 7 | 頭のどこが痛みますか？ | ・こめかみ ・後頭部 ・目の奥 ・その他→ () |
| 8 | 痛みは片側ですか？ | ・片側 ・両側 ・その他→ () |
| 9 | どのように痛みますか？ | ・ガンガン ・ズキンズキン ・ギュー ・しめつけられる ・重苦しい ・首筋が張る ・その他→ () |
| 10 | どのくらい痛みますか？ | ・仕事や家事も難しい ・仕事や家事は我慢しながらできる ・その他→ () |
| 11 | 現在の使用薬は？ | ・市販鎮痛薬 ・処方鎮痛薬 ・トリプタン製剤 ・眠剤 ・抗不安薬 ・抗うつ薬 ・その他→ () |
| 12 | 頭痛がいつも決まった状況で起こる場合はご記入ください。 | ・状 況→ |
| 13 | 頭を打ったり首を痛めたことがありますか？ | ・ない ・ある→ () |
| 14 | 吐き気は？ | ・ない ・ひどくはないがある ・嘔吐することがあるほどひどい |
| 15 | 家族にも同様の頭痛持ちの人がいますか？ | ・いない ・いる→ (患者様との関係) |
| 16 | 頭痛の前にチカチカした光が見えますか？ | ・そのようなことはない ・光が見えることがある |
| 17 | 頭痛の前に視野の一部が見えなくなることがありますか？ | ・そのようなことはない ・見えなくなることがある |
| 18 | 温めたり、マッサージをするとどうですか？ | ・頭痛がひどくなる ・頭痛が軽くなる ・変わらない ・わからない |
| 19 | 睡眠はどうですか？ | ・ぐっすり充分取れている ・睡眠不足気味 |
| 20 | 特に医師に質問したいこと | |
| 21 | 頭部CT検査を | ・希望する ・わからない ・希望しない 理由→ () |

※検査を希望される方はピアス、ネックレス、髪留めは予め外してお待ちください。