

# 頭痛外来問診表

氏名 ( )

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 年数回 月に1~2回 1, 2週に1回 週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・1~3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? ( ) ごろ
7 頭のどこが痛みますか？	こめかみ・後頭部・眼の奥 その他 ( )
8 痛みは片側ですか？	片側・両側
8 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・首すじがはる その他 ( )
9 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 ( )
10 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 ( )
11 あなたの頭痛がいつも決まった状況で起こるなら、書いて下さい。	状況:( )
12 頭を打ったり首を痛めたことがありますか。	ある いつ? ( ) ない

13 吐き気は？	嘔吐することがあるほどひどい・ひどくはないがある・ない
14 家族にも同様の頭痛持ちの人がいますか？	いる (あなたとの関係 )・いない
15 頭痛の前に、チカチカした光が見えますか？	光が見えることがある・そのようなことはない
16 頭痛の前に視野の一部が見えなくなることは？	見えなくなることがある・そのようなことはない
17 温めたり、マッサージするとどうですか？	頭痛がひどくなる・頭痛はほぼ不変・頭痛が軽くなる

18 睡眠はどうですか？	ぐっすり充分取れている・睡眠不足がみ
19 特に医師に質問したいこと	
20 頭部 CT 検査を	希望します・希望しません 理由 ( ) わからない