

患者No. _____

頭痛問診票

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 生年月日(大・昭・平・令) _____ 年 月 日(歳)

自宅 TEL _____

住 所 _____ 携帯 TEL _____

身 長 (_____ cm) 体 重 (_____ kg) 歯科矯正・インプラント (あり ・ なし)

外科手術等による固定具 (あり ・ なし)

あなたの頭痛についてお伺いします

1. どのような痛みですか？

- ☐ズキンズキンと脈打つような ☐締めつけられるような ☐えぐられるような
☐動くと痛みが増す ☐重いような ☐じっとしてられない ☐寝込むほど強く痛む
☐軽い痛みで仕事はできる ☐耐えがたい痛み ☐その他 (_____)

2. 頭痛の頻度はどのくらいで起こりますか？

- ☐数ヶ月に1回から月に1～2回 ☐週に2～3回からほぼ毎日
☐ある一定期間頻回に起こる ☐年単位にまとまって起こる ☐その他 (_____)

3. どのあたりが痛みますか？

- ☐頭の片側が痛む ☐頭の両側や後頭部が痛む ☐片側の目の奥が痛む
☐その他 (_____)

4. 頭痛に伴って次のような症状が起こる事がありますか？

- ☐吐き気がしたり吐いてしまう 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐においが嫌だと感じる 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐普段気にならない程度の光がまぶしく感じる 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐肩こり ☐目の疲れ ☐ふわふわ感 ☐片側から涙が出る ☐片側の目が赤くなる
☐鼻水・鼻づまり ☐その他 (_____)

5. 頭痛の前にギザギザした光が見えたり、見えにくい部分ができますか？

- ☐なし ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 ☐その他 (_____)

6. 頭痛のきっかけと思われる事がありますか？

- ☐人ごみ ☐生理 ☐目の使いすぎ ☐アルコール ☐寝過ぎ ☐寝不足
☐長時間の同一姿勢 ☐精神的ストレス ☐その他 (_____)

7. 頭痛はあなたの日常生活にどのくらい影響を及ぼしていますか？

- ☐日常的な動作によって頭痛がひどくなる 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐動くよりじっとしている方が楽 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐寝込んでしまう 【 ☐まれ ☐ときどき ☐半分以上 】
☐支障なし

8. 現在次の病気にかかっているか、今までにかかったことはありますか？

- ☐脳血管の病気(脳卒中) ☐心臓の病気 ☐血管の病気 ☐高血圧 ☐糖尿病
☐気管支喘息 ☐その他 (_____)

9. 現在お薬を服用していますか？(市販薬を含む)

- ☐いいえ ☐はい(薬品名 _____)

※ 女性の方へ 現在、妊娠あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- ☐いいえ ☐はい(☐妊娠中 (_____ 週目) ☐妊娠の可能性あり ☐授乳中)