

頭痛問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号			

今回（一番最近）の頭痛はいつ頃ですか？ 年 月 日 朝 昼 夜 時頃
頭痛の頻度はどのくらいですか？当てはまるものにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 繰り返している（ <input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週数回 <input type="checkbox"/> 月数回 <input type="checkbox"/> 年数回） <input type="checkbox"/> 持続している（ <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> 軽快してきている）
頭痛はどれくらい続きましたか？ <input type="checkbox"/> 数十分 <input type="checkbox"/> 1～3時間 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 数日（ 日間 <input type="checkbox"/> 1週間以上 <input type="checkbox"/> ずっと続いている（持続性） <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり（突発的で反復） <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 覚えていない
どちら側の頭痛ですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側） <input type="checkbox"/> 左右交代
頭痛の起こり方はどのようなですか？ <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> じわじわ <input type="checkbox"/> いつとは知れず
どのように痛みますか？ <input type="checkbox"/> 脈と一致してズキズキ <input type="checkbox"/> 締め付けられるように <input type="checkbox"/> 瞬時的（キリキリ・ズキズキ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
1日のうちでいつが一番痛みますか？ <input type="checkbox"/> 朝起きた時から <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 寝ている時 <input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
頭痛発症時や発症前後に以下の症状はありましたか？ <input type="checkbox"/> 閃光暗点（ギラギラしたり見えにくくなる症状） <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 日常動作による頭痛増悪 <input type="checkbox"/> 光過敏 <input type="checkbox"/> 音敏感 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 抑うつ感 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご自身で思い当たる頭痛の原因はありますか？ <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 過労・疲労 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 生理 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 寝すぎ <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。ご記入されました個人情報については当院での診療以外には使用いたしません。