頭痛に関する問診表

初診の方はお手数ですがご記入の上、受診時受付にお渡しください。

注:今回のアンケートへのご回答に際しては、以下のような原因による頭痛は除いてお考えください。
●風邪 ●二日酔い ●中耳炎 ●虫歯 ●頭部のケガ
<u>氏名</u> (男・女) <u>年齢</u> 歳
◇以下の質問にお答えください。□にレ点でチェックしてください。
①あなたはここ数年で頭痛を経験したことがありますか?
□はい(頭痛が一番始めに起きた初発年齢はいくつですか?:) □いいえ(今回初めて)
②頭痛はどのくらいの頻度でおこりますか? □今までに数回 □月に数回 □週に数回 □ほぼ毎日
③痛み止め等の薬を飲まなかった場合、1回の頭痛の平均持続時間はどのくらいですか?□数秒 □30分未満 □数時間 □半日 □1日中 □数日間 □その他(
④頭痛の前兆はありますか?
□キラキラした光やギザギザが出現し視野がぼやける □肩から首にかけての締め付け感がある □あくび
□嫌な臭いを感じる □その他(
<u>⑤痛む場所はどこですか?(いくつでも可)</u>
□頭の片側 □後頭部から首筋・こめかみ □頭全体 □前頭部
<u>⑥痛みはどのような感じですか?(いくつでも可)</u>
□「ズッキンズッキン」「ドックンドックン」等、脈打つように痛む
□鉢巻で締めつけられるような、おもりでおさえつけられるような痛み
□肩から頭にかけて、こったように痛い
□だらだらと痛みが持続する
□数秒間の強い痛みがある
⑦痛みの程度はどれくらいですか?
□ひどい時には寝込む、何も出来ない
□じっとしていたい
□我慢出来る(仕事・家事等はなんとか出来る)
⑧次のようなことをした時に、頭痛がひどくなったことはありますか? (いくつでも可)

□入浴時 □体を動かした時(走ったり、階段の昇り降りなど) □アルコール飲酒後

<u> 9以下のようなことか関痛と一緒に起こることかありますか?(いくつでも可)</u>
□吐き気がする □音に敏感になる(音が気になる、音が頭にひびく)
□吐いてしまう □光に敏感になる (光が気になる、光がまぶしく感じる)
⑩女性の方に伺います。生理前後や生理中に頭痛がありますか?
ロはい
□いいえ
⑪頭痛が起きるきっかけはありますか?
□人ごみの中に出た後 □特定の食べ物などを摂取した後(その食べ物は?:
□休日や週末 □寝不足または寝すぎた後など
⑫頭痛薬を使いますか? 「はい」の方は薬名と、使用した際にそのお薬は効きますか?
□はい
薬名:(効く/効かない)
<u> </u>
薬名: (効く/効かない)
⑬頭痛で他の病院に受診したことがありますか? 「はい」の方はいつ頃どちらの病院に受診しましたか?
□はい (
□いいえ
④本日(受診時)頭痛がある場合、一番強い痛みを10点とすると今の痛みは何点ですか?
() 点
⑮今までに頭の検査(CT・MRI・脳波など)をしたことがありますか?
□はい □いいえ
⑩本日、当院で頭部 MRI の検査をご希望ですか?
<u> </u>
①食品や薬などのアレルギー(花粉症も含む)はありますか?ある場合は、詳細を()内にご記入ください。
□はい() □いいえ
個人よづに何か信仰にかかったとしめ工作したとしかじがたわばが知るでかい
<u> 個今までに何か病気にかかったことや手術したことなどがあればご記入下さい。</u> ———————————————————————————————————

*ご協力ありがとうございました。