

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

氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

◇以下の質問にお答えください。□にシ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 年に数回 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（ _____)

⑤痛む場所はどこですか？（いくつでも可）

頭の片側 後頭部から首筋・こめかみ 頭全体 前頭部

⑥痛みはどのような感じですか？（いくつでも可）

「ズッキンズッキン」「ドクンドクン」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

