

頭痛外来問診票

お名前 ()

あなたの頭痛について詳しく教えてください。

1 いつ頃から頭痛が起こるようになりましたか？

2 頭痛はどのくらいの頻度でおきますか？

数年に1回、年に数回、月に数回、週に数回、ほぼ毎日、その他 ()

3 1回の頭痛が続く時間はどのくらいですか？

1日中、数時間、数十分、数分、その他 ()

4 頭痛がおきるのは1日のうちいつ頃ですか？

5 同じような頭痛は今までどのくらい経験したことがありますか？

6 どこが、どのように痛みますか？

どこが：

どのように：ずきずきする、締め付けられるよう、頭重感、ぴりぴりする、その他 ()

7 頭痛がひどいときには日常生活にどの程度影響しますか？

何とかいつもどおりに動ける、家事や仕事ができなくなる、寝込んでしまう

8 頭痛以外には何か症状はありますか？

頭痛の前にきらきらした光が見える、視野が狭くなる、吐き気や嘔吐、音や光に敏感になる、肩こりがひどい、目が充血する、鼻水が出る、その他 ()

9 頭痛がおきるきっかけで思い当たることはありますか？

ストレス、月経周期との関連（月経前や月経中）、睡眠不足、長時間のパソコン操作、特定の食べ物 ()、その他 ()

* 頭痛に対して今までどのような薬を飲みましたか？

--