

頭痛問診票

ID 番号

お名前

記入日

年

月

日

● 今回の頭痛はどのような頭痛ですか？

- A.今まで経験した事のない頭痛 B.いつもの頭痛とは違う頭痛 C.いつもある頭痛(頭痛持ち)
D.月15日以上頭痛が3ヶ月以上続いている

● 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？(○はいくつでも)

1. 今回が初めて 2. 年数回 3. 月数回 4. 週数回 5. ほぼ毎日

● 頭痛薬を飲まなかった場合、1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？(○はいくつでも)

1. 数秒間 2. 数分間 3. 数時間 4. 4時間～3日間
5. 4～7日間 6. 7日間以上～毎日

● 頭痛薬をどの位服用していますか？ お薬の名前()

1. 服用しない 2. 月10日未満 3. 月10日以上 4. ほぼ毎日

● 頭痛の直前に、目の前にギザギザが出たり、文字が見えにくくなったりすることはありますか？

1. 有 2. 無

● 痛む場所はどこですか？(○はいくつでも)

1. 頭の片側 2. 後頭部から首筋・こめかみ 3. 頭の両側 4. 眼の奥

● 痛みはどのような感じですか？(○はいくつでも)

1. 「ズキンズキン」「ズキズキ」「ドクドク」等と脈打つように頭が痛い
2. 鉢巻で締め付けられるような、おもりで押さえつけられるような痛み
3. 肩から頭にかけて、こったように痛い
4. だらだらと痛みが持続する
5. キリキリと刺す様な痛みが、時間をおいて繰り返し起こる

● 痛みの程度はどのくらいですか？(○はいくつでも)

1. ひどい時には寝込む、なにもしない
2. じっとしていたい
3. 我慢できる(仕事、家事等はなんとかできる)

● 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？(○はいくつでも)

1. 入浴時
2. 身体を動かした時(走ったり、階段の昇り降りなど)
3. ひどくなることはない

● 以下のようなことが頭痛と一緒に起こることがありますか？(○はいくつでも)

1. はき気がする、はいてしまう
2. 音に敏感になる(音が気になる、音が頭にひびく、静かな部屋を好む)
3. 光に敏感になる(光が気になる、光がまぶしく感じる、暗い部屋を好む)
4. 目の奥や頭皮、腕の皮膚の違和感(眼鏡やコンタクトレンズ、洗顔や洗髪、髪をとかず際)

(看護師記載欄)

頭痛 (A B C D E)

(医師記載欄)

(M T C O S)