

— 頭痛の問診票 —

あてはまる項目に [] に当てはまる数字をご記入ください。

	片頭痛	～ 緊張性頭痛 変容性頭痛	群発頭痛
今回の頭痛は	<input type="checkbox"/> いつもと同じような痛みです	<input type="checkbox"/> 以前、昔、頭痛持ちでした	<input type="checkbox"/> 今まで経験したことのないような痛みです
頭痛の頻度	<input type="checkbox"/> 月に [] 回 ～ [] 回 (発作的)	<input type="checkbox"/> 1週間～10日以上 (持続的)	<input type="checkbox"/> 年1回～程度 数週間断続的に持続
1回の頭痛持続時間	<input type="checkbox"/> 4時間～3日間	<input type="checkbox"/> 1日中	<input type="checkbox"/> 3時間以内
よく起こる時間帯	<input type="checkbox"/> ほっとした時 例えば週末など <input type="checkbox"/> 起床時頭痛がある	<input type="checkbox"/> 夕方になるとひどくなることがある	<input type="checkbox"/> 決まっていない
痛む場所	<input type="checkbox"/> 片側が多い <input type="checkbox"/> 眼の奥	<input type="checkbox"/> 後頭部、こめかみ <input type="checkbox"/> 頭全体が多い	<input type="checkbox"/> 眼の奥 <input type="checkbox"/> おでこの辺り
痛みの特徴	<input type="checkbox"/> 「ズキンズキン」 「ズキズキ」 「ドクドク」 脈打つように痛い	<input type="checkbox"/> 頭に輪をはめられ ギュっつと締め付けられるように痛い <input type="checkbox"/> だらだらと痛みが持続する	<input type="checkbox"/> 「突き刺されるような」 「えぐられるような」 「焼けるような」 激しい痛み
痛みの程度	<input type="checkbox"/> じっとしていたい <input type="checkbox"/> ひどい時は寝込む	<input type="checkbox"/> 我慢できる <input type="checkbox"/> 仕事家事などは何とか出来る	<input type="checkbox"/> じっとしてられない <input type="checkbox"/> 頭を抱えて転げ回る <input type="checkbox"/> 興奮する
日常生活への支障	<input type="checkbox"/> 支障がない	<input type="checkbox"/> 支障がある	<input type="checkbox"/> 支障がかなりある
運動 お酒 生理	<input type="checkbox"/> 運動すると余計ひどくなる <input type="checkbox"/> 入浴するとひどくなる <input type="checkbox"/> 生理(月経)の間前後に痛くなることが多い	<input type="checkbox"/> 運動すると楽になる <input type="checkbox"/> 会社や家庭で一定の姿勢で作業を続けた場合に起こる	<input type="checkbox"/> お酒を飲むと頭痛が起こる <input type="checkbox"/> 下を向いたり、いきむと頭痛が悪化する
頭痛以外の特徴的症狀	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 光、 <input type="checkbox"/> 音、 <input type="checkbox"/> 臭いに敏感になる <input type="checkbox"/> 目の前に光のチカチカ・ギザギザが出たり、文字が見えなくなったりする	<input type="checkbox"/> 肩こり・首筋のこりがある <input type="checkbox"/> 肩から頭にかけてこつたような痛みがある <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> ふわふわする	<input type="checkbox"/> 眼の充血 <input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 顔面の紅潮 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> まぶたの浮腫 <input type="checkbox"/> まぶたの下垂
その他	<input type="checkbox"/> 痛み止めをよく飲む() <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 効かない <input type="checkbox"/> 家族歴がある () <input type="checkbox"/> ない		
年 月 日	お名前		男・女 歳

問診担当 _____

頭痛外来 大田こうすけ