

初診時 病状アンケート

これからお聞きすることは、診察のための大切な資料となります。できるだけ正確に、ありのままをお書き下さい。

年 月 日

受付時間: _____ 予診時間: _____ 予診担当者名: _____

氏名		住所	福山市内 ・ 市外
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	BMI	身長/体重: /
年齢性別	____ 歳 男・女	仕事の種類	
来院時血圧	/ 脈 整・不整	運動	
家族構成		来院の きっかけ	他院紹介 / HP 知人紹介 / 看板を見て その他()

◆ 今回の症状は

いつ発症	年 月 日頃	検査希望	有	無
		治療希望	有	無
主訴 一番の心配				
症 状			
			
			
			
			
			

◆ 既往歴 現在通院治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？

____ 歳頃 病名 _____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術
 ____ 歳頃 病名 _____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術
 ____ 歳頃 病名 _____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術
 ____ 歳頃 病名 _____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術
 ____ 歳頃 病名 _____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

- ◆ 大田記念病院 を受診したことが ある (主訴: _____) ない
 ◆ 明神館クリニックを受診したことが ある (主訴: _____) ない

- ◆ 現在内服中のお薬がありますか？ 有 ・ 無

薬品名 _____

該当するものに○をつけてください

- ◆ ステロイド治療： ある ・ ない ・ 不明
- ◆ 喘息： ある ・ ない ・ 不明
- ◆ ショック： ある _____ ・ ない ・ 不明
- ◆ アレルギー： ある _____ ・ ない ・ 不明
- ◆ 禁忌薬： ある _____ ・ ない ・ 不明
- ◆ 食欲： ある ・ 普通 ・ ない
- ◆ 睡眠時間： _____ 時頃～ _____ 時頃 約 _____ 時間
- ◆ 睡眠状況： ぐっすり眠れる ・ しばしば目が覚める ・ 寝つきが悪い
 早朝目が覚める ・ ほとんど眠れない ・ 内服中
- ◆ いびき： ある ・ ない
- ◆ 頭痛： ある ・ ない
- ◆ 肩こり： ある ・ ない
- ◆ 残尿感 ・ 頻尿 ・ 排尿困難
- ◆ 便秘： _____ 日に _____ 回便秘あり
 便秘気味 ・ 下痢気味 ・ 血便 ・ 内服中
- ◆ 女性の方、月経についてお尋ねします。
 ある (順調 ・ 不順) ・ ない
- 閉 経： _____ 歳
- 妊 娠： 妊娠 _____ 週 ・ 可能性あり ・ 可能性なし ・ 不明
- ◆ 飲酒： のむ ・ のまない
 種類：ビール ・ 焼酎 ・ お酒 ・ ウイスキー ・ その他
 1日量がある場合はつづけて記入下さい。(例:ビール 350ml/日 お酒 2合/日)
 1日量： _____
- ◆ タバコ： すう 喫煙年数： _____ 本/日を約 _____ 年間吸っている。
 すわない 過去、喫煙 _____ 本/日を約 _____ 年間吸っていたが
 _____ 年前・ _____ 日前禁煙

◆ 輸血：輸血経験 あり ・ なし ・ 不明

◆ 体内金属：あり _____ ・ なし ・ 不明

入れ歯：あり ・ なし ・ 不明

インプラント：あり ・ なし ・ 不明

ペースメーカー：あり ・ なし ・ 不明

◆ 目：緑内障 あり ・ なし ・ 不明

◆ 耳：耳の調子 右 ふつう ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい

左 ふつう ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい

補聴器 あり ・ なし

◆ 血縁者(二親等以内)の病気について

癌：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

結核：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

糖尿病：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

高血圧：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

脳卒中：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

アレルギー疾患：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

精神病：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

心疾患：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

くも膜下出血：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

突然死：ある ・ ない ある場合は続柄 _____

その他 ()

◆ 検査や治療、その他 ご希望がありましたらお書きください。

[]

— 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 ギュッと締め付けられる 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"/> じっとしていられない <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継続した場合に起こる	<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 症状	<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っ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

HIT-6

(Version 1.1)

あなたの頭痛についてのアンケート

このアンケートは、頭痛のせいで、あなたがどのように感じているか、また、どのようなことに支障をきたしているかを、正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。

1～6の質問で、もっともあてはまるものに○をつけて下さい。

(1) 頭が痛いとき、痛みがひどいことがどれくらいありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

(2) 頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることがありますか？
(例えば、家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

(3) 頭が痛いとき、横になりたくなることがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

(4) この4週間に、頭痛のせいで疲れてしまって、仕事やいつもの活動ができないことがありましたか？

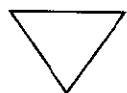
全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

(5) この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらいらしたりしたことがありましたか？

全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

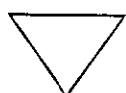
(6) この4週間に、頭痛のせいで、仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？

全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------



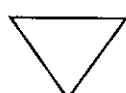
第1選択肢
(各6点)

+



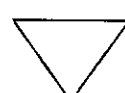
第2選択肢
(各8点)

+



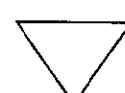
第3選択肢
(各10点)

+



第4選択肢
(各11点)

+



第5選択肢
(各13点)

各選択肢の得点を合計して総合得点を出します。
この結果をもとに、医師の診察を受けて下さい。

総合得点

点数が高いほど、生活への影響が大きいことを意味します
(最低点36点～最高点78点)

めまい問診票

あてはまるものに つけてください。

めまい外来 大田こうすけ

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> 浮遊性要素が強い | <input type="checkbox"/> 回転性要素が強い |
| 2 | <input type="checkbox"/> いつ始まったかわかりにくい | <input type="checkbox"/> 突然発症した |
| 3 | <input type="checkbox"/> めまいは持続する | <input type="checkbox"/> めまいは反復する |
| 4 | <input type="checkbox"/> 難聴・耳鳴り・耳閉感を伴わない | <input type="checkbox"/> 難聴・耳鳴り・耳閉感を伴う |
| 5 | <input type="checkbox"/> 体位変換と関係はない | <input type="checkbox"/> 体位変換と関係がある |
| 6 | <input type="checkbox"/> 頭頸部の特定の姿勢位と関係しない | <input type="checkbox"/> 頭頸部の特定の姿勢位と関係する |
| 7 | <input type="checkbox"/> 発作の時間が比較的長い
・数分程度～ | <input type="checkbox"/> 発作の時間が比較的短い
・数秒～数分以内 |
| 8 | <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作、脳梗塞の既往がある | <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作、脳梗塞の既往はない |
| 9 | <input type="checkbox"/> 頭部打撲・頭部外傷・耳出血・頭蓋骨骨折などの既往はない | <input type="checkbox"/> 頭部打撲・頭部外傷・耳出血・頭蓋骨骨折などの既往がある |
| 10 | <input type="checkbox"/> 高血圧症がある | <input type="checkbox"/> 高血圧症はない |
| | <input type="checkbox"/> 低血圧症がある | <input type="checkbox"/> 低血圧症はない |
| | <input type="checkbox"/> 立ちくらみがある | <input type="checkbox"/> 立ちくらみはない |
| 11 | <input type="checkbox"/> 心臓の病気がある | <input type="checkbox"/> 心臓の病気がない |
| | <input type="checkbox"/> 不整脈がある | <input type="checkbox"/> 不整脈はない |
| 12 | <input type="checkbox"/> 頭痛持ちである | <input type="checkbox"/> 頭痛持ちではない |
| | <input type="checkbox"/> 以前は頭痛持ちだった | |
| | <input type="checkbox"/> 肩こりがある | <input type="checkbox"/> 肩こりはない |
| 13 | <input type="checkbox"/> 光・音・臭いが気になる | <input type="checkbox"/> 光・音・臭いは気にならない |
| 14 | <input type="checkbox"/> 不眠がある | <input type="checkbox"/> 睡眠は良好 |
| 15 | <input type="checkbox"/> 以前、精神科で治療歴がある | <input type="checkbox"/> 治療歴はない |

生活・性格 問診票

年 月 日

該当する項目の□に○をつけて下さい。

お名前

几帳面、または、真面目	潔癖、完璧主義	こだわる
人に言えない悩みがある	常に憂うつである	食事が不規則、または、偏食がある
家族内にストレスがある 嫌いな人がいる	職場や外にストレスがある 職場に嫌いな人がいる	体に シビレがある 体に ピリピリ感がある
運動不足	いつも疲れている	いくつも医者にかかっている
寝るのが0時前後と遅い 理由は？	光、音、臭いなどに過敏である 味覚がおかしい 味がわからない	頭痛がある 肩こりがひどい
以前頭痛持ちだった	めまい、立ちくらみを起こしやすい	便秘 下痢 頻尿
立っていると気持ち悪くなる ひどい時は倒れる	入浴時、気持ち悪くなる 嫌なことを見聞すると気持ち悪くなる	少し動くと動悸がする 少し動くと息切れがする
多種類の薬を飲んでいる	途中で何度も目が覚める 夜 2回 3回以上 トイレに行く	寝言 歯ぎしり
イビキ 無呼吸	口渇 寝汗	多夢 悪夢
寝付きが悪い 朝早く目が覚めて困る	朝の熟眠感がない 朝寝起きが悪い	よく布団を蹴る、寝相が悪い
寝る前、足がほてる 寝る前、足がムズムズする	足が冷える	耳閉感がある 低音が聞こえにくい 耳鳴り
慢性腰痛がある	生理痛がひどい	目が疲れやすい
パソコン作業が多い	深夜作業をしている	仕事や勉強の時間が長い
朝ごはんを食べない	コーヒーを日に(杯)飲む	寝酒を飲む

異痛症 アロデニア問診票

当てはまる症状に○を付けてください。

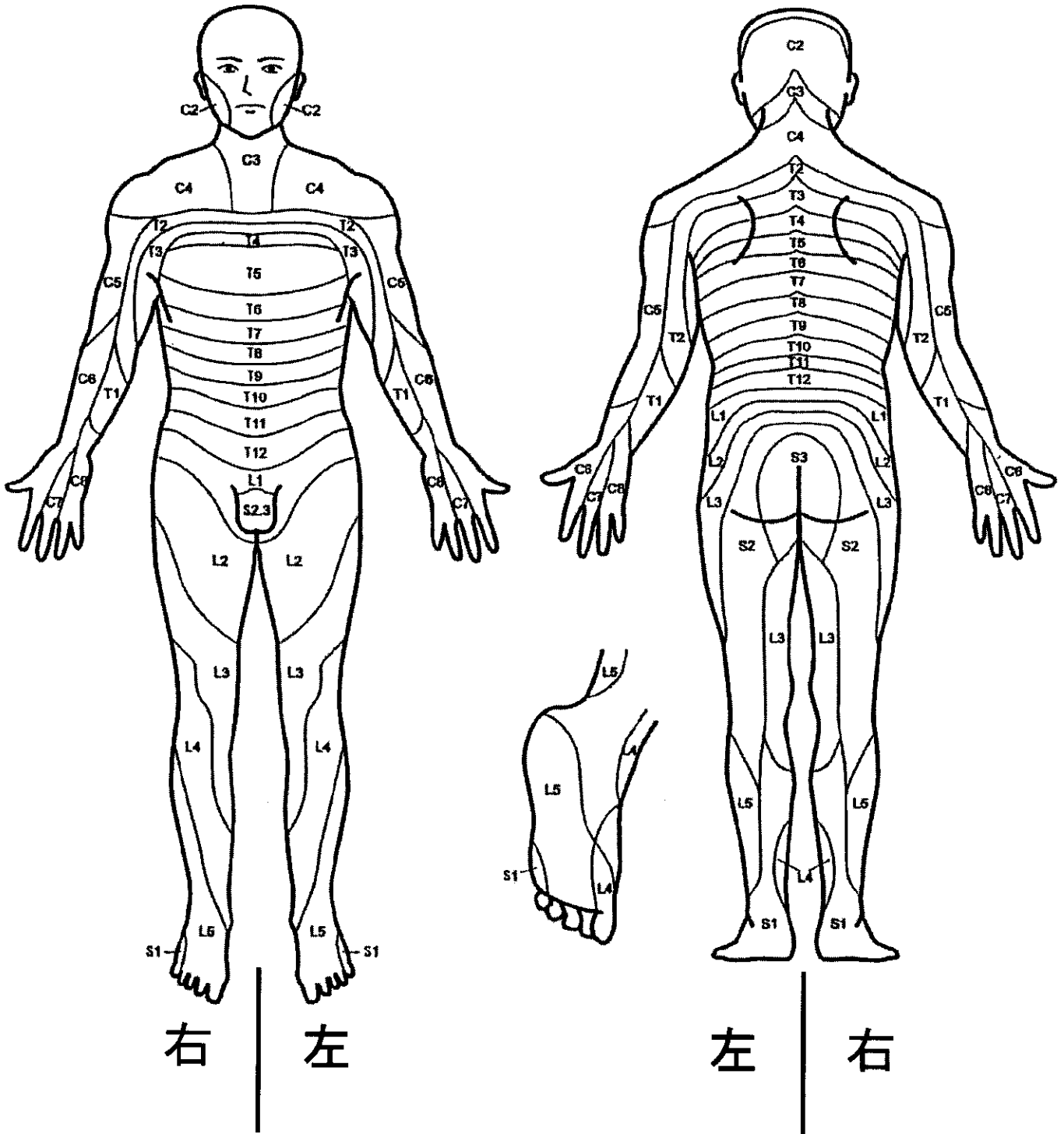
	顔や頭に風が当たると、気持ちが悪い / 痛い
	髪に触っても頭が痛い / クシやブラシを使っても痛い
	眼鏡が不快でかけ辛い / イヤリングが不快で辛い
	枕に当たる所が不快
	舌がピリピリする / 味がわかりにくい / 口の中が不快
	頭、顔のシビレ、不快感は 左右対称的にある / どちらかに偏っている
	上肢から手 / 指のシビレが気になる
	腕時計、ベルト、ソックスなどが不快
	下肢から足底 / 指のシビレが気になる
	布団や毛布が体に触れると気になる、不快に感じる
	上肢、下肢のシビレ、不快感は 左右対称的にある / どちらかに偏っている
	シビレ、ピリピリ感は 常時ある / 変動がある / 何ともない時もある

皮膚知覚帯

デルマトームの図解

記載のお願い

シビレは青色で(または斜線)
ピリピリ、不快痛は赤色で(または××印)



お名前 _____ 年齢 _____ 歳

最近1ヶ月間の睡眠満足度は 良い ・ 普通 ・ わるい ・ 非常にわるい

1. 昼間の眠気について質問します。

明神 眠気尺度

自分の睡眠障害の程度を知るために質問にお答えください。
10点以上の2桁点数は睡眠障害の疑いがあります

以下の状況において、どのくらいうとうとと思えますか
最近の日常生活の中からお答え下さい。

	うとうとする可能性 ない	うとうとする可能性 少しある	うとうとする可能性 半々くらい	うとうとする可能性 高い
1 新聞、雑誌、本などを読んでいるとき	0	1	2	3
2 会議、講習、講演などに参加しているとき	0	1	2	3
3 映画館、劇場など鑑賞しているとき	0	1	2	3
4 車の助手席に乗っているとき	0	1	2	3
5 午後の休憩時間のとき	0	1	2	3
6 運転中、信号待ちをしているとき	0	1	2	3
7 人と話をしているとき	0	1	2	3
8 家でテレビを見ているとき	0	1	2	3
9 昼食夕食の後、のんびりしているとき	0	1	2	3
10 家計簿、手紙などを書いているとき	0	1	2	3
軽 症：10点以下 中等症：11～20点 重症：21点以上	合計			点

2. あなたの普段の生活について質問します。

2-1. 寝室に入って眠ろうとする時刻、また朝目覚める時刻はいつ頃ですか？

睡眠時間： _____ 時頃から _____ 時頃 約 _____ 時間

2-2. ふだん寝床に入ってから寝付くまで、どのくらいかかりますか？

_____ 分くらい

2-3. 睡眠中に何回くらい目が覚めますか？

目が覚めない 目が覚める → _____ 回くらい → トイレは _____ 回くらい

2-4. 不規則な生活(夜勤や交代制勤務など)はありますか？

ない ある → 週に何回くらいありますか？ _____ 回くらい

2-5. 現在、お酒を飲まれる方は

飲酒后、すぐ寝る ・ 飲んでから _____ 時間後に寝る

3. 睡眠問診 25

あなたの最近1ヶ月の状態、あてはまる項目に ○ をして下さい。

就寝時刻 は0時を過ぎる / 睡眠薬をよく飲む。
「今夜はねむれるだろうか」と心配 眠りたいと思えば余計に眠れない。
途中に何度も目が覚める。
普段より2時間以上早く目が覚めることがある。
睡眠は4時間未満である。
睡眠中にイビキをしていると指摘されることがある。
睡眠中に呼吸が止まっていると指摘されたことがある。
睡眠中に暴れる / 大声を出す / 歯ぎしり をする。
睡眠中に手で壁をさする / 起き上がる / 歩く / 翌朝覚えていない
睡眠中に食べる / 冷蔵庫を開ける / 料理をする / 翌朝覚えていない
睡眠中に足がピクピクとケイレンする / 足元の布団が動いている。
寝入りばなに足が火照る・熱い / ムズムズする 不快で眠れない。
朝、起きた時頭痛がしている。
朝、よく眠れた感じがしない。
日中ひどい眠気を感じる 会議中や授業中に眠気に耐えられない。
日中の集中力や活力の低下が気になる。
夜中に目覚めた時、頭痛 / めまい / 動悸 / 発汗 / 口渇 がある。
気分が落ち込み やる気が起きない 何もかもがイヤになる。
寝入りばなに金縛りが起こる 悪夢 / 多夢 がある。
笑ったり、驚いたりするとガクッと体の力が抜けることがある。
朝、なかなか起きられないために、会社や学校に遅刻する。
朝、早く目が覚めて、夜遅くまで起きていられないことがある。
自分の寝室では眠れないが、寝室以外の場所でならよく眠れる。
職場、学校、家庭などで心配ごとや悩みなど、ストレスがある。
寝る前の 酒 / タバコ / コーヒー / テレビ / パソコン / 携帯・スマホ がやめられない。

明神館クリニック Oota