

## 頭 痛 の 問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな

お名前

住所

生年月日

電話番号

性別 男・女 年齢 才

身長 cm 体重 kg

★アレルギー 無 ・ 有 ( )

●該当する記号A B Cに丸印を記入してください。

①どの辺りが痛みますか？

- A 片側（時に両側）  
 B 後頭部から首筋にかけて痛む（両側）  
 C 片側の目の奥

②どんな痛みですか？

- A 脈にあわせて、ズキンズキンする  
 B 締め付けられるような痛み  
 C 突き刺すような痛み  
 D その他（ ）

③痛みの強さはどの程度ですか？

- A 日常生活に支障をきたす程度  
 B 比較的軽い程度  
 C 日常生活を送れないほどきわめて強い痛み

④動作で頭痛はどうなりますか？

- A 痛みが増す  
 B 変わらない  
 C 痛くてじっとしていられない

⑤頭痛以外の症状について

- A 光や音に敏感になり、吐き気・嘔吐がする  
 B 肩こりやめまい  
 C 涙が出る、目の充血、鼻水・鼻づまり

⑥痛みの周期はどのようですか？

- A 1ヶ月に1～2回程度  
 B 数日～毎日（たまにある）  
 C 1～2ヶ月間に集中して毎日おこる

⑦お風呂に入ると痛みはどうなりますか？

- A ひどくなる  
 B 楽になる

⑧頭が痛むとき、普段どんな薬を飲んでいますか？

( )

⑨どのようなとき、よく頭痛がおこりますか？

( )