

頭痛を主訴でいらした患者様へ

ID		お名前		様
----	--	-----	--	---

●該当する項目の□にチェックを入れてください。()内にはご記入をお願いいたします。

1. 家族(血縁者)の中に頭痛の方がいらっしゃいますか?

いる(どなたですか? :) いない わからない

2. 頭痛は何歳くらいからはじまりましたか?

()歳頃から

3. 頭痛の性質はいかがですか?

拍動性(心臓の鼓動、脈拍に伴ったようにズキズキする) 頭重感、頭部圧迫感(重苦しい感じ)
刺されるような激しい痛み 頭皮に触れるとチクチクと痛い その他()

4. 頭痛に対し常用薬はありますか?

ある [パファリン・イブ ナロンエス セデス ノーシン ハッキリエース サルトン タイレノール ニューカイキZ ロキソニン
カロナール アスピリン SG顆粒 ハイペン モビック イミグラン(注射 点鼻 錠剤)
ゾミック レルパックス マクサルト アマジ その他()]
ない

5. 頭痛の頻度はどのくらいですか?

()カ月に()回位 ()週間に()回位 ほぼ毎日 ()日・カ月・年前から

6. 頭痛はどのくらい続きますか?

()時間位で治まる ()日位で治まる ()週間位 ずっと続いている

7. 頭痛がする部位はどこですか?

頭全体 片側 前頭部 目のまわりまたは奥 後頭部〜うなじ 特に決まっていない

8. 頭痛が起りやすい時間帯はどれですか?

早朝 夕方 夜間睡眠中

9. 頭痛のときに次のような症状を伴いますか?(あてはまるものすべて)

吐き気がする 嘔吐 光がまぶしい 音がわずらわしい 臭いに敏感になる
口のまわりや手足がしびれる 首すじ、肩がこる めまい 耳鳴り 鼻がつまる
涙が出る 眼の充血 目がかすむ ギザギザする光が見える こめかみの血管が脈打つ
生あくびがでる 失神 けいれん 下痢 その他()

10. 頭痛のせいで、日常生活に支障がでることがありますか?(例:家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)

全くない ほとんど無い 時々ある しばしばある いつもそうである

11. 子供のころ、車酔いはしましたか?

はい いいえ

12. あなたの頭痛と関連があるものをお選び下さい。

精神的ストレス 疲労 睡眠不足 月経周期 休日 立位 座位などの姿勢変化
光 騒音 天候の変化 温度差 アルコール 食べ物

ご記入ありがとうございました。以上で質問は終了です。