

頭痛質問票

平成 年 月 日

①今までに辛い頭痛を経験したことがありますか？

はい いいえ

●「はい」と答えた方におうかがいします。今回の頭痛はいつもの頭痛とは違いますか？

同じ 何となく違う気がする 違う わからない

②今までに同じような頭痛の経験がある場合、どのくらいの頻度で頭痛が起こりますか？

数か月に1～1、2回 週に2、3回～ほとんど毎日 ある一定期間頻回に起こる

年単位で、群発地震のようにまとまって起こる その他（ ）

③どのような痛みですか？

すっきりすっきりと脈打つような 締め付けられるような えぐられるような 動くとき痛みが増す

重いような じっとしてられない 時々寝込む程強く痛む 軽い痛みで仕事は出来る

耐え難い痛み その他（ ）

④どのあたりが痛みますか？

頭の片側が痛む 頭の両側や後頭部が痛む 片側の目の奥が痛む

⑤頭痛に伴って次のような症状が起こることはありますか？

吐き気がしたり吐いてしまう 肩こり 目の疲れ 片側から涙が出る まぶたが下がる

音や光が気になる ふわふわ感 片側の目が赤くなる 鼻水・鼻詰まり その他（ ）

⑥頭痛の前にギザギザした光が見えたり、見えにくい部分ができることがありますか？

いつも 時々 なし

⑦頭痛のきっかけと思われることはありますか？

人混み 生理 眼精疲労 アルコール 寝過ぎ 寝不足 長時間の同一姿勢

ホットした時(忙しさから解放) パソコン時 精神的ストレス その他（ ）

⑧頭痛は、あなたの日常生活にどのくらい影響を及ぼしていますか？

家族や友達との約束や用事が果たせなくなる 通常の生活に支障はない 寝込んでしまう

頭痛の為に仕事や学校を休む事がある 能率が半分以下に落ちる事がある その他（ ）

⑨次の病気にかかっているか、今までにかかったことはありますか？

消化管の病気(胃潰瘍など) 肝臓の病気 腎臓の病気 血液の病気 緑内障 糖尿病

脳血管の病気(脳卒中など) 心臓の病気 血管の病気 高血圧 その他（ ）

⑩薬局で購入されたお薬を含め、現在お薬を飲まれていますか？

はい いいえ ●お薬の名前（ ）

⑪このクリニックを何でお知りになりましたか？