



## 頭痛外来問診票

お名前 \_\_\_\_\_  
生年月日 T S H 年 月 日生 歳  
ご住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

1. いつから頭痛がありますか？ 歳頃～ 月 日頃～ ( 日、 週間間、 月、 年) 前から
2. どれくらいの頻度ですか？ 年に 回程度、 月に 回程度、ほぼ毎日、今回が初めて、  
その他 ( )
3. 1回の頭痛の持続時間はどれくらいですか？  
ずっとある 数日間 丸一日 半日 1～3時間位 瞬間 その他 ( )
4. 頭痛がおきる場所はどこですか？ (複数回答されて結構です)  
半側 (右 左) 両側 真ん中 てっぺん 頭と首の境目 その他 ( )
5. どのような痛みですか？ (複数回答されて結構です)  
ズキンズキンと脈打つ しめつける 刺されるような ピリピリ つかまれるような  
えぐられるような 焼けるような 割れるような ガンガンする 重い、コリのような  
その他 ( )
6. 頭痛の程度や影響は？  
仕事 (学業) や日常生活に支障はない  
仕事 (学業) や日常生活に支障があるが、なんとかこなしている。我慢している。  
仕事 (学業) や家事ができない。寝込んでしまう。
7. 頭痛があるとき、普段の動作 (階段の昇降など) や体操、運動をすると頭痛はどうなりますか？  
悪化する 変わらない 改善する その他 ( )
8. 頭痛に伴う症状はありますか？  
吐き気、おう吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 目が充血する 涙が出る  
鼻水が出る においに敏感になる (種類: ) めまい 脱力感、体がだるい  
肩こり 首の痛み 手や足がしびれる その他 ( )
10. 頭痛がおこりやすい時間帯や状況がありますか？  
朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中 特にない
11. 思い当たる誘因や原因がありますか？  
ない 睡眠不足 寝過ぎ 疲労 ストレス 緊張 空腹 運動 飲酒  
その他 ( )
12. 普段服用されている鎮痛薬の種類と使用日数・回数・効果について  
お薬名：  
使用回数： 月に 日、 一日に 回、 その他 ( )  
効果：よく効く 少しましになる あまり効かない
13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか？  
なし 頭部 CT 頭部 MRI 脳波 その他 ( ) 歳頃、 年 月頃
14. あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気付いたこと、特別なこと、心配なこと、今回の受診にあたってなにかご希望があればお書き下さい。