

繰り返す頭痛 問診表

氏名: _____ 様

1. 何歳ころから頭痛がありますか？どのような頭痛ですか？
() 歳くらいから (ずきずき/ しめつける/ 刺すような/ その他())
2. 頭のどのあたり痛みますか？
●位置: 前 / 後ろ / こめかみ / 目の奥 / 全体 / その他
●左右: 左 / 右 / 両側 / 関係無い
3. 頭痛が始まる前に「前ぶれ」がありますか？
 いいえ はい (目がちかちかする / 肩こり、肩が張る / あくび / その())
4. 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？
毎日 / 週に () 回位 / 月に () 回位 / 年に () 回位 / 他 ()
5. 頭痛が起こりやすいときがありますか？いつ起こりやすいですか？
 週末・休みの時 アルコールを飲んだ後 天候が悪いとき 肩こり時
 生理の周期に関係 寝不足、寝すぎ まぶしい時 人ごみに出た時
 朝 夕方 夜 決まってない その他 () 特になし
6. 頭痛以外の症状はありますか？
 吐き気 嘔吐 目がちかちかする 涙、鼻水が出る まぶしいのがイヤ
 やかましいのがイヤ においが鼻につく 肩こり しびれ
 その他 () 特になし
7. 頭痛のために仕事や家事、勉強ができなくなったことがありますか？
 はい 休みたくなるが休んだことはない いいえ
8. 家族の方に頭痛持ちの方はいますか？
 いいえ はい (母 / 父 / 祖母 / 祖父 / 娘 / 息子 / 姉 / 妹 / 兄 / 弟 / その他)
9. 頭痛に対してよく飲んでいる薬があればお書きください。
市販薬 () 効果あり / 効果なし
病院でもらった薬 () 効果あり / 効果なし