

梅ノ辻クリニック 頭痛外来 問診表

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名: _____ 様 性別 () 年齢 () 才

- 今回の頭痛は？
初めての頭痛 いつもと同じ頭痛 いつもと違う頭痛
- いつ頃から？ ()
- どのあたりに？
前 後ろ こめかみ 目の奥 全体 その他()
- どのような痛みですか？
ずきずき しめつけられる 刺すような その他()
- 今回の頭痛であてはまるものに、○をつけてください。
前ぶれあり() 吐き気 嘔吐 動きたくない 肩こり
涙が出る 鼻水が出る 目の充血 しびれ
- 今日は痛み止めを服用していますか？
している(何時頃: 薬品名:) していない
- 現在治療中、またはこれまでに治療を受けた病気、怪我などありましたお書きください。

いつ頃	医療機関	症状・診断名	検査(MRI/CT等)	処方内容

- 最後の頭の検査をしたのは？
MRI・CT ()年 ()月頃 : 医療機関名() したことない
- 今回、頭の検査を希望していますか？
している していない 必要があれば
- 閉所恐怖症はありませんか？ ある ない
- ご家族に脳神経外科的な病域の方がいますか？(くも膜下出血・脳出血・脳梗塞など)
いる() いない
- 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？
あり() なし
- 身長と体重を記入してください。
身長()cm 体重()kg
- 喫煙歴はありますか？ あり:(本)() 年 なし
- 飲酒歴はありますか？ あり:(本)() 年 なし
- 女性にお尋ねします。
妊娠中()カ月 授乳中 該当なし
- 診察に当たり希望されることがありましたら、お書きください。