



# 頭痛問診票

記入日 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ (  男  女 ) \_\_\_\_\_ 歳

次の質問で、あてはまる答えを選んで  をつけてください(いくつでも)

1: いま、つらい頭痛がある方はお申し出ください。  ある( /10)  ない

2: 頭痛が気になり始めたのはいつ頃からですか？

今回が初めて  \_\_\_\_\_ 歳ころから  最近、頻度や痛みがひどくなった

3: 頭痛の起こる頻度はどれくらいですか？

毎日のように起こる  時々起こる(1ヶ月に \_\_\_\_\_ 回くらい)  
 一定期間ほぼ毎日  1年に \_\_\_\_\_ 回

4: 頭痛はどのくらい続きますか？(薬を飲まないとき、あるいは飲んでも効かないとき)

数秒  数分  3時間以内  数時間～3日  1週間以上

5: どのへんが痛みますか？

こめかみ  目のあたり  後頭部  頭全体  その他 \_\_\_\_\_

6: どのような痛みですか？

突然の激痛  ひどくなると脈打つ  締め付け  
 鈍く重い  眼球をえぐられるよう  その他 \_\_\_\_\_  
 2種類以上の頭痛  頭痛時は(動くと辛い、動いても同じ、静かにしてられない)

7: 痛みの強さはどの程度ですか？

生活に支障がない(軽度)  鎮痛剤を飲めばなんとかなる(中等度)  
 仕事や家事、学校を休むことがある(強度)  痛みは強いときも軽いときもある  
 頭痛で困ったことがある(例えば? \_\_\_\_\_)

8: 頭痛のときに次のような症状がありますか？

吐き気・吐く  まぶしさ・音・におい に敏感  涙がでる・充血  だるさ  
 鼻水、鼻づまり  めまい  肩こり  その他 \_\_\_\_\_

9: どんなときに頭痛が起こりやすいですか？

ストレスの最中  ブラシ・櫛で髪をとかした時  週末、休日  
 睡眠不足、寝すぎ  月経の前後  運動、アルコール摂取  
 天候が変化したとき  光がまぶしいとき  その他 \_\_\_\_\_

10: 頭痛の前触れとして次のような症状がありますか？

生あくび  空腹感  肩こり・首こり  だるさ  
 目の前にチカチカが見える  その他 \_\_\_\_\_

10: ご家族で同様の症状をお持ちの方はいますか？

いない  いる:ご本人との関係 \_\_\_\_\_

身長

体重

体温