

頭痛問診票

西武庫病院 外来

ご職業: _____

下記の質問について、該当するものに○印、もしくは()内にご記入ください。

① いつごろから頭痛を自覚していますか？(生まれて初めて自覚した年齢や時点を記入してください) ()歳頃から ・()日前から ・()ヶ月前から ・()年前から
② どのあたりが痛くなりますか？(痛む側と痛む場所を記入してください) 右 ・ 左 ・ 両側: おでこ ・ 目の周囲 ・ 目の奥 ・ コメカミ ・ 頭頂部 ・ 耳の上 ・ 耳の後ろ 後頭部 ・ 首筋 ・ 頭全体 ・ 他()
③ どのように痛くなりますか？ 締め付けられる ・ ギューっと押される ・ 脈打つような(ズッキンズッキン) ・ 全体が重い 電気が走るような(チクチク・ズキズキとした瞬間的な痛み) ・ 他()
④ 頭痛の頻度はどのくらいですか？ ()ヶ月に()回位 ・ ()週間に()回位 ・ ほぼ毎日()日・ヶ月・年前から
⑤ 頭痛はどのくらい続きますか？ ()時間位で治まる ・ ()日位で治まる ・ ()週間位で治まる ・ ずっと続いている
⑥ 頭痛のとき、他の症状がありますか？ ない ・ ある: { 肩こり ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 階段昇降や頭を動かすと、痛みが増強する ・ 生理痛 ・ 鼻水が出る(黄色・透明) ・ 落ち着きがない ・ めまい(クラクラ・フワフワ) ・ 天井が回る }
⑦ 頭痛に伴い、普段は気にならない光をまぶしく感じることはありませんか？それはどのような光ですか？ ない ・ 希にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合: 太陽 ・ 蛍光灯 ・ テレビ画面 ・ パソコン画面 ・ 他()
⑧ 頭痛に伴い、普段は気にならない音をうるさく感じることはありませんか？それはどのような音ですか？ ない ・ 希にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合: (テレビ ・ 話し声 ・ 泣き声 ・ 雑踏音 ・ ハイヒールで歩く音 ・ 他()
⑨ 頭痛に伴い、普段は気にならない匂いを嫌だと感じることはありませんか？どのような匂いですか？ ない ・ 希にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合: タバコ ・ 香水 ・ 食べ物 ・ 汗 ・ アルコール ・ 他()
⑩ ご家族に頭痛をお持ちの方がいますか？ いいえ ・ はい : (父親 ・ 母親 ・ 娘 ・ 息子 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 叔父 ・ 叔母)
⑪ 頭痛の前に、目がチカチカしたり、ぼやけることがありますか？ またその症状が出始めてから頭痛が起こるまでには、どのくらいかかりますか？ いいえ ・ はい: 内容() ・ 頭痛が始まるまでの症状持続時間()分
⑫ 頭痛の時、日常生活にどのような支障をきたしますか？ 学校や仕事を休んだ ・ できれば寝ていたい ・ 我慢して仕事や勉強ができる ・ やる気が出ない
⑬ これまで頭痛薬を飲んでいましたか？(複数選択可) いいえ ・ はい: パファリン ・ イブ ・ ナロンエース ・ セデス ・ ノーシン ・ ハッキリエース ・ サリドン タイレノール ・ ニューカイトキZ ・ ロキソニン ・ カロナール ・ アスピリン ・ SG顆粒 ハイペン ・ モービック ・ イミグラン(注射・点鼻・錠剤) ・ ゴーミック ・ レルパックス マクサルト ・ アマージ ・ 他()
⑭ 現在は、どの頭痛薬を1ヶ月に何日程度お飲みになりますか？ 常備薬() ・ 1ヶ月に()日
⑮ これまでに頭痛で、他の医療機関を受診したことがありますか？ いいえ ・ 受診したことがある
⑯ これまでに、頭痛で頭部検査を受けたことがありますか？それはいつごろですか？ いいえ ・ はい (頭部CT ・ 頭部MRI ・ 頭部MRA ・ 脳波検査 ・ 不明) 検査時期: ()年前 ・ ()カ月前