

頭痛の問診票

(年 月 日)

<u>お名前</u>	(歳)	身長 cm	体重 kg
------------	-----------	-------	-------

1. いつから頭痛がありますか？ 歳頃 年 月頃から (日, 週, 月, 年) 前から

2. どのくらいの頻度ですか？ 年 回 月 回 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, 毎日ある 数日間 丸一日 半日 1~3時間 一瞬

4. 頭痛の場所はどこですか？

片側 (右 左) 両側 真ん中 いつも場所が変わる 目の周り, 奥 こめかみ
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首の境目 まちまち その他 ()

5 どのような痛みですか？

ずきんずきんと脈を打つ しめつける 刺されるような ぴりぴり 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. 痛みの程度

仕事や日常生活に支障なし (軽度) 仕事や日常に支障があるが, 何とか我慢してこなしている (中等度)
仕事や家事が出来ない. 寝込んでしまう (重度)

7. 頭痛があるとき, 普段の動作 (例えば階段の昇降など) や, 体操, 運動をすると, 頭痛が
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, 嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感 目が充血する
涙が出る 鼻水が出る めまい 脱力, だるい 肩こり 首が痛む 手足がしびれる
その他 ()

9. 頭痛の前触れはありますか？

ない ギザギザとした光が見える 手足がしびれる その他 ()

10. 頭痛がおこりやすい時刻, 状況

朝, 起床時 午前中 午後, 夕方 睡眠中 週末, 休日 生理中 特に決まっていない

11. 思い当たる誘因や原因はありますか？

なし 睡眠不足 寒すぎ 疲れ ストレス 緊張 空腹 運動 飲酒
その他 ()

12. 普段のんでいる頭痛薬

薬品名 : 効果の程は? :

使用日数・回数: 月に 日 1日に 回 その他 ()

13. 頭痛に関してこれまでに受けた検査はありますか？

CT MRI その他 () 歳頃 年 月頃 なし

14. ご家族や血縁者の中に頭痛をお持ちの方はおられますか? なし あり ()

15. あなたの頭痛について, 関連がありそうなこと, 気が付いたこと, 心配なことがあれば教えてください.

16. 現在、妊娠していますか? はい いいえ

17. 当院を何で知りましたか?

ホームページ チラシ 新聞広告 通りがかり 口コミ その他 ()

受診申込書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	大正 年	昭和 月	平成 日	令和	
住 所	〒							
電話番号	自宅：	携帯：						
今日は頭痛ですか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
当院はマイナ保険証が利用できる初診時医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

ありがとうございました。南沢又んざいクリニック