頭痛問診票

記入日　　年　月　　日

名前 _____　男 ・ 女

- 頭痛はいつからありますか。
  1. 本日　2. 2−3日前　3.1週間〜1ヶ月　4. 数ヶ月前、5. 1年以上前
  6.その他（　　）
- 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？
  1. 今回が初めて　2. 年に数回　3. 月に数回　4. 週に数回　5. ほぼ毎日
- １回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？
  1. 数秒間　2. 数分間　3. 数時間　4. 1日
  5. 数日間　6. 7 日間以上〜毎日
- 頭痛薬を服用した場合は、頭痛はどのくらいで改善しますか。
  1. 10〜20分　2. 30分〜1時間　3. 数時間　4. 1日
- 頭痛薬をどの位服用していますか？　お薬の名前(　　)
  1. 服用しない　2. 月 10 日未満　3. 月 10 日以上　4. ほぼ毎日
- 痛む場所はどこですか？
  1. 頭の片側　2. 頭の両側　3. 後頭部から首筋・こめかみ　4. 眼の奥
- 頭痛はどのような痛みですか？(当てはまるもの全てに◯をつけてください)
  1. 「ズキズキ」「ドクドク」といった脈打つような痛み
  2. 頭を締め付けられるような痛み
  3. 肩から首、頭にかけて、こったような痛み
  4. 鈍くて重苦しいような痛み
  5. キリキリと刺す様な痛み
  6. 眼球をえぐられるような痛み
- 痛みの程度はどのくらいですか？(当てはまるもの全てに◯をつけてください)
  1. ひどい時には寝込む、なにもできない
  2. じっとしていたい
  3. 我慢できる(仕事、家事等はなんとかできる)
- どのような時に頭痛が起こりやすいですか？(当てはまるもの全てに◯をつけてください)
  1. ストレスがあった時　2. 週末や休日　3. 睡眠不足の時　4. 月経の前後　5. 運動した時
  6. 天候が変化した時　7. 不明
- 頭痛の前後、あるいは頭痛の最中に以下のような症状はありますか？(当てはまるもの全てに◯をつけてください)
  1. 目の前にギザギザが出たり、文字が見えにくくなったりすることはある
  2. 吐き気がする、吐いてしまう
  3. 音に敏感になる(音が気になる、音が頭にひびく、静かな部屋を好む)
  4. 光に敏感になる(光が気になる、光がまぶしく感じる、暗い部屋を好む)
  5. 目が充血する、涙が出る