

頭痛問診票

氏名 _____

1) 頭痛はいつから始まりましたか？

(年前) (か月前) (日前) 今日

2) これまで今回のような頭痛を経験したことがありますか？

ない ある → (いつ頃ですか？)

3) 痛む場所はどこですか？

頭全体 頭の半分(右・左) 前(両方・右・左) てっぺん(両方・右・左)
横(両方・右・左) 後ろ(両方・右・左)
目の奥(両方・右・左) こめかみ(両方・右・左)
その時によって違う

4) 痛む時間は決まっていますか？

一日中 起床直後 午前中 午後から夕方 夜 特に決まっていない

5) 痛みはどれくらい続きますか？

数秒 数分 十～数分 数時間～3日くらい ずっと

6) どんな痛みですか？

重苦しい しめつけられる すきんすきんと脈打つ
がんと頭が割れそう 表面がびりびりして電気が走るよう
その他()

7) 頭痛の頻度はどれくらいですか？

今回初めて 年に数日 数か月に1日 ひと月に1日
ひと月に数日 週に1日 週に2日以上 ほとんど毎日

8) 以下のことをすると頭が痛くなりやすいですか？

寝不足 寝過ぎ 疲れ/多忙 ストレス 特定の飲食物()
肩こり

(女性の方のみ 生理前 ・ 生理期間中 ・ 生理の後)

特に頭痛のきっかけとなるようなものはない

その他()

9) 頭痛の始まる直前に、以下のような症状はありますか？

目の前に光が見える 物が見えずらくなる 物が二重に見える 肩がこる
手足がしびれる 手足の力が抜ける めまいがする 特になし

10) 頭痛と同時に以下の症状が出現しますか？

吐き気 嘔吐 めまい 手足のしびれ 手足の脱力
物が二重に見える 首や肩がこる・つっぱる 特になし

11) 頭が痛いときに体を動かすと・・・

痛みがひどくなる、頭に響く 楽になる 変わらない

12) A. 頭が痛いときは・・・

じっとしていたい、寝ていたい 痛くてじっとしてられない
動いたほうが楽になる どれをしても変わらない

B. 頭が痛いときは・・・

静かで少し暗い部屋がいい 明るくでにぎやかな部屋がいい
どちらでも変わらない

C. 頭が痛いときは・・・

日常生活には支障はない
仕事や勉強に集中できない、効率が悪くなる
痛くて何もできない

13) これまで頭痛で病院にかかったことがありますか？

ない

ある → 検査を受けましたか？ レントゲン CT MRI

診断はありましたか？ ()

薬は出ましたか？ 出た(薬品名)
出なかった

薬は効きましたか？ 効いた 少し効いた 効かなかった

14) 以下の病気にかかったことがありますか？

目の病気 鼻の病気 歯の病気 頸椎の病気
頭のけが くびのけが 特になし

15) 本日当院の神経内科を受診したのは・・・

この頭痛をなんとかしたい、改善させたい
頭痛はそれほど困っていないが、頭の中が心配なので検査を受けたい
現在ほかの医療機関に通院しているが、今後の治療について相談したい