

## 頭痛問診票

・あなたが困られている頭痛について記載して（マルを付けて）ください

頭痛が始まった年齢はおいくつですか？

\_\_\_\_ 歳

家族（血縁者）のなかに頭痛の方がいらっしゃいますか？

a) いる（どなたですか？ \_\_\_\_\_） b) いない

頭痛の性質はいかがですか？

- a) 拍動性（心臓の鼓動、脈拍に伴ったようにズキズキする）
- b) 頭重感、頭部圧迫感（重たい感じ）
- c) 刺されるような激烈な痛み

今までかかった病気をチェックしてください

頭部外傷 高血圧 てんかん 耳鼻科・眼科・歯科などの疾患

頭痛に対し常用薬はありますか？

a) ある（そのお薬の名前は？ \_\_\_\_\_） b) ない

頭痛の起こり方はどうですか？

- a) 発作性（急に起こる：この場合、頭痛の持続時間は？ \_\_\_\_ 時間くらい）
- b) 持続性（ずっと、あるいはいつも続く）

起こる回数はどうですか？

- a) 1 か月から数か月に1回
- b) 1 か月に数回
- c) 毎日のように持続する

頭痛がする部位はどこですか？

- a) 頭全体 b) 片側 c) 前頭部 d) 眼のまわり、または奥 e) 後頭～頂部

頭痛が起こりやすい時間帯はどれですか？

- a) 早朝 b) 夕方 c) 夜間睡眠中

まえぶれ（チカチカした輝き、あるいは視野が欠けたりすること）がありますか？

- a) ある b) ない

・全身や心の状態についてお聞きします

熱はありますか？

- a) ある b) ない

意識ははっきりしていますか？

- a) している b) していない

視力の異常はありますか？

- a) ある b) ない

吐き気や嘔吐はありますか？

- a) ある b) ない

肩こりがありますか？

- a) ある b) ない

涙が溢れ出たり鼻汁が出ますか？

- a) ある b) ない

気分がいつも優れないなど「うつ」の状態がありますか？

- a) ある b) ない

あなたの頭痛と関連があるものをマルで囲んでください

疲労 睡眠不足 光 騒音 寒冷 入浴 月経 精神的ストレス 緊張後のくつろぎ  
食べ物（チョコレート、チーズ、ホットドッグ、ナッツ、ワイン、中華料理） アルコー  
ル 立位、坐位など姿勢変化、階段昇降で悪化、あくび