

## 頭痛問診票（頭部打撲を除く）

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_ )

1. もともと頭痛もちですか？

はい  いいえ

2. 上記 1. の質問で「はい」と答えた方へ 初めて頭痛を経験された時期を教えてください。

歳頃から、 または 年 月頃から、 または 日、 週、 ヶ月前から

3. 今回の頭痛は初めて経験する頭痛、もしくはいつもと違う頭痛ですか？

はい  いいえ (いつもの頭痛)

4. 痛みの場所はどこですか？

片側 ( 右  左)  両側  真ん中  痛みの場所がころころ変わる  目の奥、まわり

前  後ろ  横  てっぺん  頭と首の間  その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 頭痛に伴い、はき気はありますか？もしくは嘔吐されましたか（複数選択可）？

吐き気  嘔吐  なし

6. どのような痛みですか（複数選択可）

ずきんずきんと脈打つような  割れるような  ガンガンする  しめつけられるような

頭、首が重い  刺されるような  えぐられるような  ぴりぴり  焼けるような

その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 頭を動かすような動作（頭を振る、階段昇降、運動など）で頭痛がひどくなりますか？

ひどくなる  かわらない  改善する（具体的には、 \_\_\_\_\_ )

8. 今回の頭痛は、いつ頃から始まりましたか？

( \_\_\_\_\_ 時間、 \_\_\_\_\_ 日、 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ ヶ月) 前から その他 ( \_\_\_\_\_ )

9. 1回の頭痛の持続時間はどれくらいですか？

数時間～数日程度  ずっと続いている  瞬間的  数秒～数時間程度

その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. 頭痛が全くない日は1ヶ月のうち何日くらいありますか？

( \_\_\_\_\_ 日)

11. 痛みの程度

仕事や日常生活に問題なし

仕事や日常生活に問題があるが、なんとかこなしている。我慢している。

仕事や家事ができず、寝込んでしまう。

12. 頭痛にともなう他の症状はありますか？（複数選択可）

はき気、嘔吐  まぶしい  音をうるさく感じる  臭いが気になる（具体的に \_\_\_\_\_ )

目が充血する  涙が出る  鼻水が出る  めまい  ふらつき  脱力感、体がだるい

肩こり  首が痛む  手足のしびれ  その他 ( \_\_\_\_\_ )

13. 頭痛の前ぶれはありますか？（複数選択可）

なし  目がちかちかする  ギザギザとした光がみえる  視界がぼやける  手足の脱力

言葉がでない  ろれつが回らない  耳鳴り  難聴  ものが二重に見える

14. 頭痛が起こりやすい時刻、状況

朝・起床時  午前中  午後・夕方  睡眠中  週末・休日  月経前  月経中  月経後

特になし

裏面につづく

15. 思い当たる誘因や原因はありますか？（複数選択可）

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

16. 普段つかっている頭痛薬の種類、使用日数、回数、効果について

薬品名：

使用日数・回数 1ヶ月に 日、一日に 回、その他（ )

効果：よく効く ある程度は効く あまり効かない 全く効かない

17. 経口避妊薬（ピル）を内服されていますか？

- はい いいえ

18. 頭痛に関連してこれまでに検査を受けたことはありますか？またいつ頃検査を受けられましたか？

- ない CT MRI わからない、覚えていない その他（ )  
歳ころ、 年前、 年 月ころ

19. 本日 MRI 検査を希望されますか？

- はい いいえ 医師の判断に任せる その他（ )

20. 血縁者で頭痛もちの方はおられますか？

- なし あり（続柄： )

21. あなたの頭痛について関連がありそうなこと、気がついたこと、心配なことなどあれば何でも教えてください。

（ )