

頭痛問診票

脳神経内科 津田沼

お名前: _____

ご年齢: _____ 歳

1. 今の頭痛はいつ頃から始まりましたか。

2. 頭痛の頻度はどれくらいですか。

- 年数回 月数回 週数回 ほぼ毎日 今回が初めて その他

3. 1回の頭痛はどのくらい続きますか。

- 途切れることがない 数日()日 1日 半日 3~4時間程度 1~2時間程度
 数十分 その他

4. 頭痛は頭のどちら側にありますか。

- 左 右 左右交互 両側 中心(真ん中) その他

5. どのあたりに痛みがありますか。

- こめかみ 後頭部 前頭部 眼の奥 頭頂部 頭の周囲(ハチマキ様) 首筋
 その他

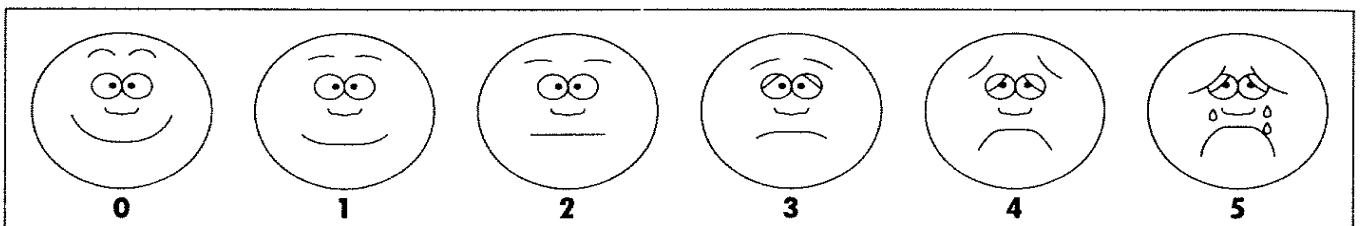
6. 頭痛はどのように起こりますか。

- 突然(1分以内程度) 比較的急に(10分以内) いつとは知れず トイレやシャワーの時など
 その他

7. どのような痛みですか。

- ズキズキ(脈と一致するような) 重苦しい(ズーンと)
 瞬間的(キリッ、ズキッ) 締め付けられるような
 その他

8. 頭痛のある時の痛みの程度は下のどれほどですか。



痛みは全くない ちょっと痛い もう少し痛い もっと痛い かなり痛い 我慢出来ないほど痛い

9. 1日のうちで一番痛いのはいつですか。

- 起床時 午前中 午後 1日中 寝ているとき
 その他

10. 頭痛に伴う症状がありますか。

- 閃輝暗点(ギラギラした後見えにくくなる) 吐き気 嘔吐 いつもより光がまぶしく感じる
 ちょっとした物音にも敏感になる、うるさく感じる 肩こり 日常動作による頭痛増悪

(

- めまい 憂鬱 だるい その他

11. 思い当たる頭痛の原因はありますか。

- なし ストレス 過労 飲酒 生理 更年期 運動
 その他

12. 頭痛時、内服されているお薬があればそのお薬と使用頻度を教えて下さい。

13. そのお薬の効果はどうか。

- 効く 少し効く あまり効かない 効かない 効かなくなってきた まちまち

14. 今までに頭痛で検査を受けたことがありますか。

- はい いいえ

※はいと答えた方のみ、どんな診断・検査を受けたかをご記入ください。