

お名前 () (他情報は内科問診表にもご記載ください)
 頭痛問診表 あてはまる項目にチェック☑を入れてください。(体重 、 血圧 、 体温)

	片頭痛	緊張型頭痛・変容型頭痛	群発頭痛
①今回の頭痛は	<input type="checkbox"/> いつもと同じような痛みです	<input type="checkbox"/> 以前頭痛持ちでした	<input type="checkbox"/> 今まで経験したことのないような痛みです
②頭痛頻度	<input type="checkbox"/> 月に[]回～[]回 (発作的)	<input type="checkbox"/> 1週間～10日以上 (持続的)	<input type="checkbox"/> 年1回～[]回程度 <input type="checkbox"/> 数週間断続的に持続
③よく起こる時間帯	<input type="checkbox"/> ほっとした時 <input type="checkbox"/> 起床時頭痛がある <input type="checkbox"/> 週末にかけて	<input type="checkbox"/> 夕方になるとひどくなる ことがある	<input type="checkbox"/> 決まっていない
④痛む場所	<input type="checkbox"/> 片側が多い <input type="checkbox"/> 眼の奥	<input type="checkbox"/> 後頭部、こめかみ <input type="checkbox"/> 頭全体が多い	<input type="checkbox"/> 眼の奥 <input type="checkbox"/> おでこの辺り
⑤痛みの特徴	<input type="checkbox"/> ズキンズキン <input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ドクドク <input type="checkbox"/> 脈打つように痛い	<input type="checkbox"/> 頭に輪をはめられギューっと締め付けられるように痛い <input type="checkbox"/> だらだらと痛みが持続	<input type="checkbox"/> 突き刺されるような <input type="checkbox"/> えぐられるような <input type="checkbox"/> 焼けるような <input type="checkbox"/> 激しい痛み
⑥痛みの程度	<input type="checkbox"/> じっとしていたい <input type="checkbox"/> 出来ればじっとしていたい <input type="checkbox"/> ひどい時は寝込む	<input type="checkbox"/> 我慢できる <input type="checkbox"/> 仕事・家事などは何とか出来る <input type="checkbox"/> 何かしていた方が楽	<input type="checkbox"/> じっとしてられない <input type="checkbox"/> 頭を抱えて転げまわる <input type="checkbox"/> 興奮するくらい痛い
⑦日常生活への影響	<input type="checkbox"/> 支障がある <input type="checkbox"/> どちらかという支障がある	<input type="checkbox"/> 支障がない	<input type="checkbox"/> 支障がかなりある
⑧運動・お酒・生理など	<input type="checkbox"/> 運動すると悪化する <input type="checkbox"/> 入浴すると悪化する <input type="checkbox"/> 生理の間や前後に出現 <input type="checkbox"/> 寝すぎで悪化 <input type="checkbox"/> 空腹で悪化	<input type="checkbox"/> 運動すると楽になる <input type="checkbox"/> 会社や家庭で一定の姿勢で作業継続した場合になる <input type="checkbox"/> ストレスで悪化 <input type="checkbox"/> 寝不足で悪化	<input type="checkbox"/> お酒を飲むと頭痛が起こる <input type="checkbox"/> 下を向いたり、いきむと頭痛が悪化する
⑨頭痛以外の特徴的症狀	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 暗い方が楽 <input type="checkbox"/> 静かな方が楽 <input type="checkbox"/> 匂いがない方が楽 <input type="checkbox"/> 眼前に光がチカチカしたりギザギザが出たり文字が見えにくくなったり	<input type="checkbox"/> 肩こり・首筋のこりがある <input type="checkbox"/> 肩から頭にかけてこったような痛みがある <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> ふわふわする	<input type="checkbox"/> 眼の充血 <input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 顔面の紅潮 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> まぶたの浮腫 <input type="checkbox"/> まぶたの下垂
⑩くすりについて <input type="checkbox"/> 痛み止めは服用しない	<input type="checkbox"/> 痛み止めを月に10回以上は飲む <input type="checkbox"/> 月に5回～9回程度は飲む <input type="checkbox"/> 月に4回未満 <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり(種類:)		
⑪家族歴について	<input type="checkbox"/> 頭痛持ちの方がいる <input type="checkbox"/> ご家族や親戚にくも膜下出血の方がいる()		
⑫嗜好品について	<input type="checkbox"/> コーヒー(杯) <input type="checkbox"/> 紅茶・緑茶(杯) <input type="checkbox"/> 栄養ドリンク() <input type="checkbox"/> サプリメント()		
⑬検査について	頭痛についてこれまで受けた検査はありますか? <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> (): ____歳頃 ____年__月頃		

(あなたの頭痛について、気がついたことや特に心配なことがあれば教えてください) 頭痛外来 森クリニック