

頭痛問診票

脳神経内科 千葉

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

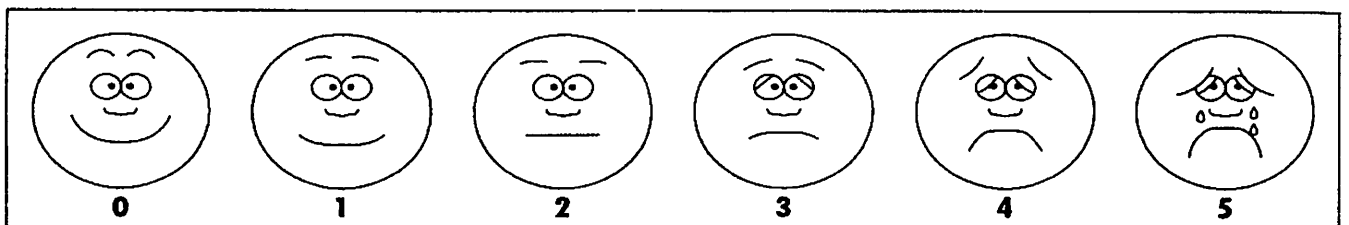
6. 頭痛はどのように起こりますか。

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)
 瞬時的(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。

- 起床時から 午前中 午後から 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 光過敏 音過敏 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。

15. あてはまるものにチェックをお願いします。

- 悪い病気が隠れていないか心配なので、専門医に診てもらいたい。
 必要であればMRIやCTを撮って、悪性の病気を除外して欲しい。
 とりあえず薬が欲しい。検査は希望しない。
 抗CGRP製剤など、最新の治療について聞いてみたい。
 その他