

頭痛問診表

2015.2.12 作成

氏名 _____ 年齢 _____ (男・女) 記入日 _____

1、いつから頭痛が始まりましたか？

- 1) 1年以上前から 2) ____ヶ月前から 3) ____週間前から 4) ____日前から

2、以前から頭痛がすることがありましたか？

- 1) いいえ 2) はい 小学生から 3) 高校生から 4) 仕事をしてから 5) 出産後から
6) 40-50歳を過ぎてから

3、1回の痛みはどれくらい続きますか？

- 1) 数秒(一瞬) 2) 数分 3) 数時間 4) 1-数日 5) いつも痛い

4、どれくらいの頻度で頭痛がありますか？

- 1) 毎日 2) _____回/週 3) _____回/月 4) _____回/年
A) 数分毎に何度も B) 数時間毎に C) 一度痛むと数日続く D) だらだらと痛い

5、痛むところはどこですか？

- 1) 頭全体 2) 前の方 3) 後ろの方や首筋 4) てっぺん 5) 横の方 6) 目の奥
A) 両側 B) いつも決まった片側 C) 片側だが時によって左右が変わる

6、どのような性質の痛みですか？

- 1) 脈打つような 2) 締め付けられるような 3) 物をかぶったような 4) 刺すような
5) うずくような 6) 頭が割れそうな 7) 重苦しい

7、痛みの程度はどのくらいですか？

- 1) 今まで経験したことがないくらい 2) 起きていられない 3) 仕事や学校を休む
4) 何とか仕事はできるが休みたい 5) 何かしていると忘れる 6) 痛みで眠れない
7) 寝ていても痛みで目が覚める 8) その他()

8、どんな時間に痛みが出ますか？

- 1) 起床時 2) 朝 3) 日中 4) 夕方 5) 寝る前 6) 寝ている間 7) 決まっていない

9、痛みと一緒に出てくる症状はありますか？

- 1) なし 2) 吐き気 3) めまい 4) 目の充血 5) 涙 6) 鼻づまり
7) 手足のしびれ 8) 光 (痛みが出てくる直前も含めて)

10、痛みのきっかけはありますか？

- 1) 体を少しでも動かすと 2) 匂い 3) 光 4) 音 5) 起き上がると 6) 立位が続く
7) 睡眠 8) 飲酒 9) 入浴