

頭痛問診票

ID: _____

名前: _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

※あてはまるものにすべてを入れてください。

1.いつ頃から頭痛が気になりましたか？

今回が初めて () 歳頃 最近ひどくなった

2.どのような痛みですか？

脈を打つような（ズキンズキン） 締め付けられるよう 重苦しい

3.頭痛の持続時間は？

瞬時的 数分間 数時間 数日 数日以上

4.頭痛の頻度は？

月に数回 週に数回 ほぼ毎日

5.どの辺ですか？

こめかみ 目の奥 後頭部 頭全体 片側の頭のみ

6.前ぶれはありますか？

あり→どんなものですか？例：目の前にギザギザが出る・皮膚がざわざわするなど
()

なし

7.頭痛が出現する前に、光・音に関して敏感になったりすることはありましたか？

あり なし

8.頭痛薬は服用されていますか？

ある→薬品名：

効果は？ ない あり

なし

8.頭痛で他の病院で受診や検査などは行いましたか？

なし あり（検査名： ）

9.チョコレートやチーズは好きですか？

はい いいえ

10.体内に金属が入っていますか？

なし あり（入っている金属： ）