

頭痛外来問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (歳) (男・女)

① いつ頃から頭痛がおこるようになりましたか。

() 歳頃より または (年 月 日) 頃より

② 頭痛はどのくらいの頻度でおきますか。

数年に1回 年に数回 月に数回 週に数回 ほぼ毎日 その他 ()

③1回の頭痛が続く時間はどのくらいですか。

1日中 半日程度 数時間 数十分 数分 その他 ()

③ どこが、どのように痛みますか。

どこが：()

どのように： ズキズキする 締め付けられるよう 頭が重い ピリピリする

その他 ()

⑤頭痛がひどいときには日常生活にどの程度影響しますか。

何とかいつも通りに動ける 家事や仕事ができなくなる 寝込んでしまう

⑥頭痛の時に何か症状はありますか。

頭痛が起こる前にきらきらした光が見える 刺激に敏感になる (光・音・臭い)

吐き気・嘔吐 めまい 鼻水が出る 涙が出る 肩こりがひどい

その他 ()

⑦頭痛がおこるきっかけで思い当たることはありますか。

ストレス 疲労 天候 睡眠不足 月経周期との関連 (月経前や月経中)

人混み 特定の食べ物 () その他 ()

⑧頭痛に対して今までどのような薬をのみましたか。

()

⑨頭痛の症状で今までに他の医療機関を受診したことがありますか。

いいえ はい →病院名 ()