

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"/> じっとしていられない <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つた 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アレルギーは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 薬剤()		
⑬ご自身の性格は？	<input type="checkbox"/> どちらかという落ち込みやすい <input type="checkbox"/> どちらかという怒りっぽい		
⑭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"/> 栄養ドリンクやサプリ()		
⑮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