

慢性頭痛問診票

年 月 日

頭痛を正しく診断するために以下の問診票へのご記入をお願いします。なお、記入していただいたデータ並びに検査の結果などにつきましては、頭痛診療向上のため個人が特定されない形で学会発表・論文などで使用させていただくことに同意をお願いします。

同意する 同意しない お名前 _____

以下の質問（1～16）であてはまる□に✓をつけてください。

1. 今の頭痛はいつ頃から始まりましたか？ 年 月 日頃、または 日前
もしくは 1週間以内 1か月以内 3か月以内 1年以内 1年以上前

2. 以前にも頭痛がありましたか？ はい（ ） いいえ

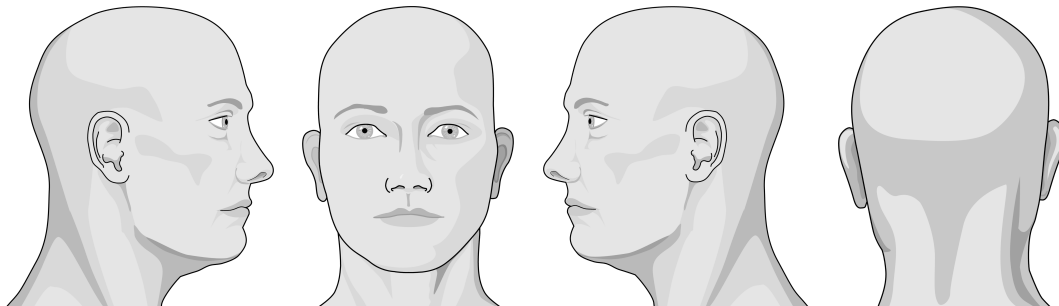
3. 頭痛の起る頻度は、おおむね、つぎのどれですか
年数回 月数回 15日/月以上 ほぼ毎日 _____分（時間）に1回
 _____日に1回 不定期 その他：

4. 痛みの強い時間帯はありますか？
起床時 午前中 昼 夕方 夜 寝る前 特になし

5. 1回の頭痛はどのくらい続きますか
常に 2-3日 1日 4時間～半日 15分～3時間
2～30分 5秒～3分 一瞬 寝ると良くなっている その他（ ）

6. どんな痛みですか？当てはまるものすべてをチェックして下さい。
脈打つよう 締め付けられるよう 刺されるよう
「ガン」 「ズキンズキン」 「ドクンドクン」 「ギュー」 「チクチク」
「ピリピリ」 突然の強い痛み 1分以内に最大の痛みになる
徐々に痛みが増してくる だらだらと同じ程度の痛みが続く 重苦しい
押されるような 帽子をかぶったような

7. 痛む場所に斜線をつけてください もしくは当てはまるものすべてにチェックして下さい



右側 左側 両方 前頭部 頭頂部 側頭部 後頭部 くび 頭全体
目の奥 肩 耳 鼻 頬 顎 上の歯 下の歯 その他（ ）

（裏に続きます）

8. 最もひどい頭痛の強さは、痛くないときを0点、想像できる最悪の痛みを100点としたら何点になりますか※「50点」が顔をしかめる程度 _____点
また痛みは、 日に日に強くなっている 日によって程度が違う 変化なし

9. 頭痛のため生活に支障がありますか？

全く支障がない 気になるが何かに集中すると忘れる 我慢が必要で生活に支障がある
通常の仕事・生活ができない 横にならないと我慢ができない 横になっても激しく痛む

10. 以下のようなことやどのようなときに頭痛を悪化させますか すべてなし

入浴・暖める 頭を振る 体を動かす 飲酒 喫煙 寝不足 寝すぎ
天候の悪化 まぶしい光 騒音 におい 冷やす 冷たいものを食べる
辛い物を食べる 人ごみ 休日 過労 その他 ()

11. 以下のようなことが頭痛と一緒に起こることがありますか すべてなし

はきけ 嘔吐 音に過敏になる 光に過敏になる 臭いに過敏になる
目の充血 涙が出る 鼻づまり 鼻水 目のはれ 額・顔面の発汗
顔面・額の紅潮 耳閉感 まぶたが下がる めまい 手足のしびれ
手足の脱力 意識が遠のく 肩こり・首のこり その他 ()

12. 以下のようなことが頭痛のおこる前触れとしてありますか すべてなし

目の前に光が見える、「チカチカ」「ギザギザ」したものが見える。視野がぼやける
半身がしびれる 半身の脱力感 食欲亢進 トイレが近くなる ねむけ
なまあくび むくむ はきけ 嘔吐 音に過敏になる 光に過敏になる
臭いに過敏になる 意識が遠のく その他 ()

13. 頭痛時、どのように対応していましたか？（していますか？）

なにもしない 横になって休む 冷やす 温める マッサージ 入浴
ストレッチ 痛み止めの服用 痛み止めの服用にチェックした方は、何を飲んでいますか
市販の鎮痛薬 病院で処方された鎮痛薬 病院で処方された頭痛の特効薬
飲んでいる薬の名前：
薬の効果は？ 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. 家族・兄弟・親戚に頭痛もちの方はいますか いいえ

父 母 配偶者 子供 兄弟 祖父母 その他 ()

15. 以下の項目で当てはまるものすべてにチェックして下さい

子供の頃よく腹痛があった 子供の頃乗り物酔いしやすかった 朝早く目が覚める
熟睡感がない 同じ姿勢でいることが多い デスクワークが多い 運動不足
行動を起こすまで時間がかかる。おっくうである 心配事が多い 「喘息」と言われた
「慢性腎不全」と言われた 「心臓の病気」と言われた

16. 本日受診するのに参考にしたことはどれですか

医師の紹介 医師以外の医療関係者の勧め 知人の評判 新聞・雑誌 テレビ・ラジオ
病院の広報誌 病院のホームページ インターネットの情報 その他 ()

ご記入、ありがとうございました