2023 年 6 月 21 日作成
社会医療法人壮幸会行田総合病院附属行田クリニック

頭痛外来問診票

日付:　　年　月　日

患者氏名:

1.いつから頭痛がありますか?(該当する項目へ☑を入れてください。)

□今日　□昨日

□その他

(記載例:4日前、約1年前、25歳頃より等)

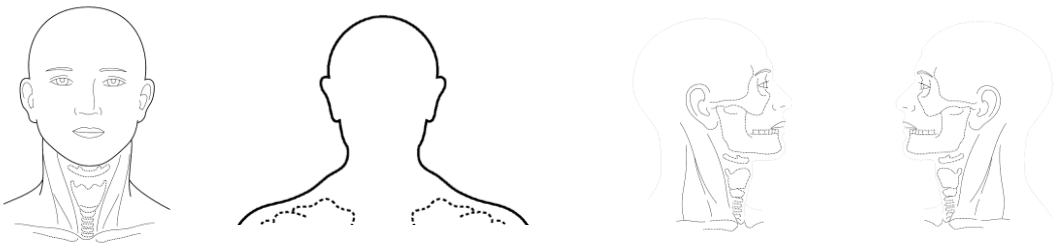
2.どれくらいの頻度で頭痛が発生しますか?(該当する項目を〇で囲んでください。)

1年に数回	1か月に数回	毎日	今回が初めて
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)			

3. 1 回の頭痛の持続時間はどれくらいですか? (該当する項目を〇で囲んでください。)

ずっとある	数日間	終日	半日	数時間	数分・数秒	瞬間
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)						

4.頭痛がおきるところはどこですか? (以下の図に〇印を付けてください。)



5.どのような痛みですか?(該当する項目を〇で囲んでください。)

ズキンズキンと脈打つ	しめつける	刺されるような	ピリピリ	つかまれるような
えぐれるような	焼けるような	割れるような	ガンガンする	重い、コリのような
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)				

6.頭痛の程度や影響はどのくらいですか? (該当する項目を〇で囲んでください。)

仕事(学業)や日常生活に支障はない	仕事(学業)や日常生活に支障があるが、我慢している
仕事(学業)や家事ができず寝込んでしまう。	
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)	

7.頭痛があるとき、普段の日常生活での動作(階段の昇降等)や体操、運動をすると頭痛に変化はありますか?
(該当する項目を〇で囲んでください。)

悪化する	変わらない	改善する
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)		

8.頭痛に伴い、頭痛以外の症状はありますか? (該当する項目を〇で囲んでください。)

吐き気・嘔吐	光を眩しく感じる	音をうるさく感じる	目が充血する
匂いに敏感	めまい	脱力感・倦怠感	肩こり
涙が出る	首の痛み	鼻水がでる	手足のしびれ
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)			

10.頭痛がおこりやすい状態や時間帯はありますか? (該当する項目を〇で囲んでください。)

朝・起床時	午前中	午後・夕方	睡眠中	週末・休日	生理中	特にない
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)						

11.思い当たる誘因や原因がありますか?

ない	睡眠不足	寝過ぎ	疲労	ストレス	緊張	空腹	運動	飲酒
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)								

12.普段服用されている鎮痛薬の種類と使用日数・回数・効果について

お薬名: 使用回数(記載例:1 ヵ月 2 回、1 日 3 回) ➡ 効果(該当する項目へ☑してください。) ☐よく効く ☐多少効いた ☐あまり効かない	お薬名: 使用回数(記載例:1 ヵ月 2 回、1 日 3 回) ➡ 効果(該当する項目へ☑してください。) ☐よく効く ☐多少効いた ☐あまり効かない
お薬名: 使用回数(記載例:1 ヵ月 2 回、1 日 3 回) ➡ 効果(該当する項目へ☑してください。) ☐よく効く ☐多少効いた ☐あまり効かない	お薬名: 使用回数(記載例:1 ヵ月 2 回、1 日 3 回) ➡ 効果(該当する項目へ☑してください。) ☐よく効く ☐多少効いた ☐あまり効かない

13.頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか?

なし	頭部 CT	頭部 MRI	脳波
その他・自由記載(上記項目に該当しない場合はこちらへご記入ください。)			

14.頭痛について、不安や心配なこと・今回の受診にあたって気になること・ご希望等を記載ください。