

頭痛問診表

記載日 年 月 日

ID 番号 名前

生年月日 (西暦) 年 月 日 性別 男・女

●今回の頭痛はどのような頭痛ですか？

1. 今まで経験したことのない頭痛
2. いつもの頭痛とは違う頭痛
3. いつもある頭痛(頭痛持ち)
4. 月 15 日以上 of 頭痛が 3 カ月以上続いている

●頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？(○はいくつでも)

1. 今回がはじめて
2. 年数回
3. 月数回
4. 週数回
5. ほぼ毎日

●頭痛薬を飲まなかった場合、1 回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？(○はいくつでも)

1. 数秒間
2. 数分間
3. 数時間
4. 4 時間～3 日間
5. 4 日間～7 日間
6. 7 日以上～毎日

●頭痛薬をどのくらい服用していますか？ お薬の名前 ()

1. 服用しない
2. 月 10 日未満
3. 月 10 日以上
4. ほぼ毎日

●頭痛の直前に、目の前にギザギザが出たり、文字が見えにくくなったりすることはありますか？

1. 有
2. 無

●痛みの場所はどこですか？(○はいくつでも)

1. 頭の片側
2. 後頭部から首筋
3. こめかみ
4. 頭の両側
5. 眼の奥

●痛みはどのような感じですか？(○はいくつでも)

1. 「ズキンズキン」「ズキズキ」「ドクドク」などと脈を打つように頭が痛い
2. 鉢巻で締め付けられるような、おもりで押さえつけられるような痛み
3. 肩から頭にかけて、凝ったように痛い
4. だらだらと痛みが持続する
5. キリキリと刺すような痛みが、時間をおいて繰り返し起こる

●痛みの程度を、0(痛みなし)から 10(非常に痛い)で数値化して下さい

0(痛みなし: 耐えられる)

10(非常に痛い: 全く耐えられない)



●以下のような事が頭痛と一緒に起こることがありますか？(○はいくつでも)

1. 吐き気がする、吐いてしまう
2. 音に敏感になる (音が気になる、音が頭にひびく、静かな部屋を好む)
3. 光に敏感になる (光が気になる、光がまぶしく感じる、暗い部屋を好む)
4. 眼の奥や頭皮、腕の皮膚の違和感 (眼鏡やコンタクトレンズ、洗顔や洗髪、髪をとかす際)
5. 手足の動きが悪い (思うように動かせない、力が入らない、手先がしびれる)
6. 言葉の出にくさがある (うまくしゃべることができない、ろれつが回らない)