

頭痛問診票

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： _____
職業： _____ (夜勤：あり/なし)

以下の質問（1～16）であてはまる口に✓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～ / 年前～・ 力月前～・ 週間前～・ 日前～
最近、一番ストレスを感じている事がありますか？
()

2. 質問1の答えより前にも頭痛がありましたか？
 はい (小学校 / 中学校 / 高校 / 歳ころ～) いいえ

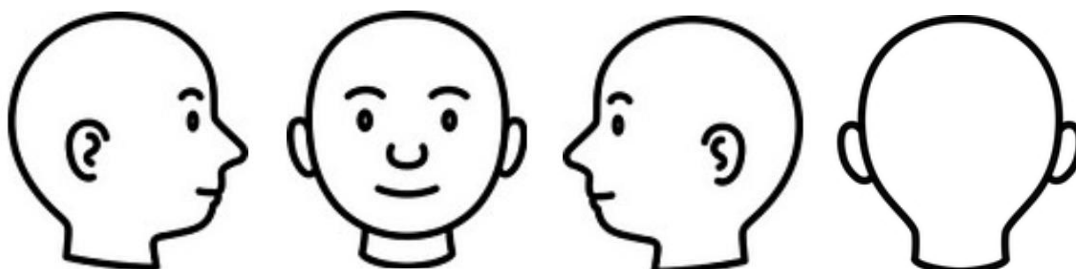
3. 頭痛の起る頻度は、おおむね、つぎのどれですか
年数回 月数回 週数回 15日/月以上 ほぼ毎日 不定期
その他 ()

4. 痛みの強い時間帯はありますか？
起床時 日中 夕方～夜 特になし

5. 1回の頭痛はどのくらい続きますか
常に 4日～1週間 4時間～3日 15分～3時間 3～15分
5秒～3分 一瞬 寝ると(翌朝には)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 (ズキンズキン、ドクンドクン) 締め付けられるよう (ギュー) 重苦しい
刺されるよう (ビリッ、チクチク)
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 その他 ()

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。



くび 頭全体 肩 その他 ()

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
弱くなってきている

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 我慢して生活・仕事をしている
通常の仕事・生活ができない ほとんど横になって過ごしている

10. 何をしている時・どんな時に頭痛がおこりますか？または、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 冷たい物を食べる 辛い物を食べる
起き上がる 人ごみ 休日 過労・ストレス 月経前/月経中/月経後(女性のみ)
その他 ()

11. 頭痛の時に、次のような症状が一緒にありますか？ すべてなし

はきけ・嘔吐 音・光・臭いに過敏になる 目の充血 涙が出る ダブって見える
鼻づまり・鼻水 まぶたのはれ 額・顔面の発汗または紅潮 耳閉感または耳鳴り
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 腰や背中痛み その他 ()

12. 頭痛がおこる前触れはありますか？ 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 眠気
なまあくび むくむ 吐き気または嘔吐 音または光、または臭いに過敏になる
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 横になると楽あるいは改善する 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： _____ /内服回数：(週に _____ 回/月に _____ 回)

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？ はい いいえ

(はいの場合→ご本人との関係： _____)

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