

頭痛の問診票

年 月 日

ID

フリガナ

お名前 男 ・ 女 生年月日 (歳)

住 所 〒 TEL :
携帯 TEL :

身長 (cm) 体重 (kg) 血圧 (/ mmHg)

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい ・ いいえ
2. いつから頭痛がありますか。 歳頃、 年 月頃から、(日、 週、 月)前から
3. どのくらいの頻度ですか。 年 回 月 回 ほぼ毎日
今回が初めて その他 ()
4. 1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？
ずっとある 数日間 丸1日 半日 1～3時間 瞬間
その他 ()
5. 頭痛がおこるところはどこですか (複数回答可)
片側 (右 左) 両側 真ん中 いつもちがうところが痛む 目のまわり
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首のさかいめ その他 ()
6. どのような痛みですか (複数回答可)
ずきんずきんと脈打つ しめつける 刺されるような びりびり つかまれるような
えぐられるような 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 ()
7. 痛みの程度
仕事や日常生活に問題なし
仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている。我慢している。
仕事や家事ができない。寝込んでしまう。
8. 頭痛がある時、ふだんの動作 (階段の昇降など) や、体操、運動をすると、頭痛が
悪化する かわらない 改善する その他 ()
9. 頭痛に伴う症状はありますか (複数回答可)。
はきけ、嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感 ()
目が充血する 涙がでる 鼻水がでる めまい 脱力感、体がだるい
肩こり 首が痛む 手や足がしびれる その他 ()
10. 頭痛の前ぶれはありますか (複数回答可)。
なし ギザギザとした光がみえる 手や足がしびれる その他 ()
11. 頭痛におこりやすい時刻、状況
朝・起床時 午前中 午後・夕方 睡眠中 週末・休日 生理中 (女性の方) 特になし
12. 思い当たる誘因や原因はありますか (複数回答可)
なし 睡眠不足 寝すぎ 疲れている ストレス 緊張 空腹 運動
飲酒 その他 ()
13. 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数、効果について
 薬品名 :
 使用日数・回数 : 月に 日、一日に 回、その他 ()
 効果 : よく効く 少しましになる ぜんぜん効かない
14. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。
CT MRI その他 () 歳頃、 年 月頃
15. ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。 なし あり (続柄 :)

16. あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、心配なことがあれば教えてください。

()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1・・・4点 加算 2・・・2点(マイナ保険証を利用した場合)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい ・ いいえ

たなかペインクリニック




一緒に片頭痛のあたりまえを変えていこう 相談カード

1. 以下を記入してください。

● 頭痛のあった日:1か月のうち 日程度 ● 急性期治療薬*の服用日数:1か月のうち 日

*頭痛が起きたときに飲むお薬(市販薬含む)

2. 片頭痛がない日と比べると、つらい頭痛がある日は、どのように過ごしていますか?
あてはまるものにチェックを入れてください。

	痛みを我慢して過ごしている (例:頭痛があっても自分の役割から離れず、 また手を抜かず頑張っている)	痛みを かなり我慢しながら 過ごしている	痛みのため 休んだり 横になったりする
 仕事・学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 家事・育児	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 親しい人や家族との時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 我慢して過ごす日が減れば、どのような日々を送りたいですか?
あてはまるもの全てにチェックを入れてください。

- 頭痛に左右されず、仕事や学業での役割を果たしたい
- 次にくる発作の不安なく、予定や計画をたてたい
- 「これをしたら頭痛になる」と思わずに、思う存分自分のやりたいことをしたい
- その他 ()

4. 医師にどんなことを相談したいですか? あてはまるもの全てにチェックを入れてください。

- 日常生活について相談をしたい
- 最新のお薬の情報が知りたい
- お薬の服用回数や服用量を減らしたい
- 頭痛の程度や頭痛の持続時間を減らしたい
- できるだけ早くつらい頭痛を減らしたい
- その他 ()