

ID

氏名

年齢

性別 男・女

問診票 (頭痛)

あなたの頭痛や生活習慣について下記の項目にチェックをして下さい。

<頭痛について>

1. 痛み

- ズキズキ脈を打つように痛む
- 重く鈍い痛み
- 頭全体が締め付けられるように痛む
- その他 ()

2. 部位 (頭痛のある場所に丸をつけていただいてもかまいません)

- こめかみ (左・右)
- 前頭部
- 側頭部
- 後頭部
- その他 ()



3. 随伴症状

- 視野の異常・飛蚊症
- 肩こり
- 眼精疲労
- 発熱
- 眼の充血
- 鼻汁
- 嘔吐・嘔気
- 首や肩の痛みや張り
- その他 ()

4. 頭痛の頻度

- 毎日
- 時々
- まれに
- 初めて
- 決まった時期に
- その他 ()

5. 家族歴

- ご家族に頭痛持ちの方はいますか? いる いない

<生活習慣について>

6. 睡眠

- 寝不足ぎみ
- 睡眠不足
- 不眠
- 十分睡眠をとっている

7. 生活リズム

- 規則的
- 不規則

8. ストレスについて

- 強く感じる
- 中等度
- 特に感じない
- その他 ()

9. 下記の中でよく食べる物がありますか?

- ワイン
- チーズ
- チョコレート
- 中華料理
- ハムやサラミ
- なし

診断名 (以下医師が記入します。)

- 片頭痛
- 緊張型頭痛
- 群発頭痛
- 混合型頭痛

(診断がつけましたら看護師に声をかけて下さい。)