

頭痛問診票

記載日 年 月 日

お名前

性別 男・女

年齢 歳

ご本人以外でご家族に頭痛持ちの方は
いますか？

：

頭痛はいつ頃から始まりましたか？

(例：3年前、5歳、3日前など)

：

頭痛の頻度はどれくらいですか？

A 1年に数回 B 1ヵ月に数回

C 1週間に1~2回 D ほぼ毎日

E その他：

痛みはどのくらい続きますか？

A 1時間以内 B 数時間

C 約1日 D 数日間

E その他：

頭のどこが一番痛みますか？

A 片側 B 全体 C 両方のこめかみ

D 後頭部や首 E 目の奥 F 顔面

どのような痛みですか？

A ズキンズキンと脈打つ痛み

B 締めつけられるような痛み

C 眼をえぐられるような痛み

D 殴られたような痛み

E その他：

どの程度の痛みですか？

A じっとしてられず、頭をかかえて
転げまわるくらい

B ねこんだり、何もせずじっとして
いたい

C 我慢できるけど痛い

頭痛の前や最中に、以下の症状はあ
りますか？

A 目の前がチカチカしたり、ぼやけ
たりする

B 吐き気・嘔吐 C 首・肩の痛み・
こり

D 光や音・声が不快である E 涙が
出る

F その他：

どのような時に痛みが起きたり、ひ
どくなったりしますか？

：

乗り物酔いは出やすい方ですか？

A はい B いいえ

今までに行っていた対応（内服薬）

や実施した検査を教えてください

：

現在内服中の薬はありますか？

：