

初診時頭痛問診表

氏名 () ID () 担当者 ()

1) いつから頭痛がありますか？

() 歳ころ、 () 年 () 月ころ、 () 日、 () 週、 () 月前から

2) 頭痛の頻度はどれくらいですか？

年に () 回、 月に () 回、 週に () 回、 ほぼ毎日、 今回が初めて、
 その他 ()

3) 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 ()

4) 頭痛が起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
 いつも違うところが痛む、 いつも同じところが痛む
 目のまわり、 前頭部、 側頭部、 頭頂部、 後頭部、 頭と首のさかいめ
 その他 ()

5) どのような痛みですか？（複数回答可）

ずきんずきんと脈を打つ、 しめつける、 刺されるような、 ぴりぴり、 ガンガンする
 つかまれるような、 えぐられるような、 焼けるような、 重い、凝りのような
 その他 ()

6) 痛みの程度

仕事や日常生活に影響なし。
 仕事や日常生活に問題があるが、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。

7) 頭痛がある時、普段の動作（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 ()

8) 頭痛に伴う症状はありますか？（複数回答可）

吐き気・嘔吐、 光をまぶしく感じる、 音をうるさく感じる、 臭いに敏感になる
 目が充血する、 涙が出る、 鼻水が出る、 めまい、 脱力感・体がだるい
 肩凝り、 首が痛む、 手や足がしびれる
 その他 ()

9) 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見える、 手や足がしびれる
 その他 ()

10) 頭痛が起こりやすい時刻・状況

なし、朝・起床時、午前中、午後・夕方、睡眠中、週末・休日、生理中
その他（ ）

11) 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、ストレス、ストレスからの解放、緊張、空腹、
運動、飲酒、カフェイン、天候の変化、温度差、性的活動、旅行
その他（ ）

12) 普段使用し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、1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

13) 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか？（複数回答可）

頭部CT（ 歳ころ）、頭部MRI（ 歳ころ）、その他（ ）； 歳ころ）

14) 幼少期に乗り物酔いしやすい体質でしたか？

はい、いいえ、その他（ ）

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、気が付いたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。