

頭痛の問診 (ver1.1)

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の質問に当てはまる場所 (□) に✓してください (いくつでも)

記入者： 本人 家族 (関係： _____) その他： (関係： _____)

1. 今回の頭痛はどのような頭痛ですか

- これまで経験の無い激しい頭痛 いつもの頭痛とは違う頭痛
いつもある頭痛 (普段から頭痛で困っている)

2. いつ頃から気になりましたか？

- つい先ほど 数日以内 数週間前から 数ヶ月前から
1年以上前から

3. 突然 (例：ハンドルに手をかけた瞬間に) 生じましたか？

- はい (→“はい”の場合はこれ以上記入不要です。スタッフに声をかけてください)
そこまで突然ではない

4. どのような頭痛ですか？ (一番多い症状に一箇所✓をしてください)

- ズキンズキンと脈を打つ感じ 頭を締め付けられている感じ
頭から肩にかけてこったように重い キリキリとする痛みが数分続く
表面にチクツとする痛みが数秒走る その他

5. 痛む場所はどこですか？ (一番多い症状に一箇所✓をしてください)

- 頭の片側 頭の両側 頭の両側もしくは片側 後頭部 眼の奥
頭から肩にかけて 頭の表面に近いところ その他

6. 頭痛の1回の持続時間はどの程度ですか？ (あてはまるものすべてに✓してください)

- 数秒間 数分間 数時間 4時間から3日間 4日以上
一晩眠ると良くなる ずっと痛いまま

7. 頭痛はどのくらいの頻度で起こりますか？

- 今回が初めて 年に数回 月に数回 1週間で数回 ほぼ毎日

8. 頭痛はいつ頃 (何歳ごろ) から始まりましたか？

- 小学校入学前 小学生 中学生 高校生 20歳台 30歳台
40歳台 それ以降

9. 頭痛と関連のある状態はありますか？（あてはまるものすべてに✓してください）
- 天気が悪い 晴天 生理 入浴・シャワー 睡眠中に生じる
 - 座位・立位で必ず悪化し、横になると数分で必ず良くなる
10. 痛みの程度について
- 寝込むことが多い・何もできない
 - 仕事や登校や家事はできる
11. どのようなときに痛みが悪化しますか？（あてはまるものすべてに✓してください）
- 運動をする・体を動かす 食事をする・歯を磨く
 - 特定の種類の食べ物を食べる
 - 座位・立位で必ず悪化し、横になると数分で必ず良くなる
12. 頭痛と一緒に起きることがありますか？（あてはまるものすべてに✓してください）
- 吐き気・嘔吐 眼の充血 鼻水
 - 光に敏感になる（光がまぶしい・暗い部屋を好む）
 - 音に敏感になる（音をうるさく感じる・頭にひびく・静かなところを好む）
 - 眼の奥・頭皮・顔面・腕の表面の違和感
13. 頭痛の直前に目の前にギザギザが出る、または、文字が見づらくなることはありますか？
- はい いいえ
14. 血縁のあるご家族について（あてはまるものすべてに✓してください）
- 頭痛もちの人がいる 脳卒中と診断された人がいる
15. ご自分の診断・指摘された病気について（あてはまるものすべてに✓してください）
- 脳卒中 心筋梗塞・狭心症 不整脈 高血圧 糖尿病
 - 脂質異常症（高脂血症）
16. 他に医師に伝えていたいことをお書きください