

# 問診票【頭痛】

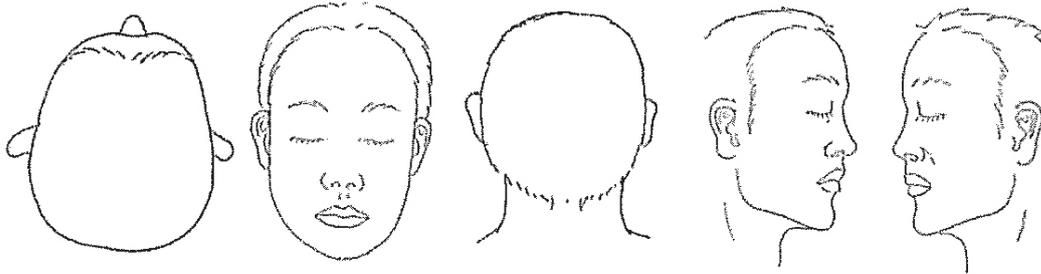
ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 受診日 年 月 日

下記の質問にお答えください。記入された方は、受付にお出してください。

1. いつから痛み始めましたか？

いつ頃から: ( )

2. 頭のどの部分が痛いですか？該当箇所に丸印を付けてください。



3. どのような痛みですか？ キリキリ？ ドクドク？ など

( )

4. 痛みの頻度についてお聞きします。下記のどちらかをお選びください。

( いつも痛みがある ・ 痛みが出現したり消えたりする )

5. 痛みが出現したり消えたりであれば、回数を日に数回や10分に数回など具体的に教えてください。

( )

6. 痛みが出現したり消えたりであれば、1回の痛みはどれだけの時間続きますか？

( )

7. 痛みの程度を 0(痛みなし) - 10(最強)で点数をつけてください。

点

8. 痛みは、一定の方向に広がりますか？ ( はい ・ いいえ )

9. 吐き気や嘔吐はありますか？ ( はい ・ いいえ )

10. 頭痛が悪くなる体勢や状況がありますか？ ( はい ・ いいえ )

11. 頭痛が楽になる体勢や状況がありますか？ ( はい ・ いいえ )

12. 頭痛の時、光が普段よりまぶしく感じますか？ ( はい ・ いいえ )

13. 頭痛の時、騒音が痛みを悪くさせますか？ ( はい ・ いいえ )

14. 頭痛に関して今までに検査・治療をしたことがあれば教えてください。

( )