

頭痛問診票

カルテNo. _____
お名前 _____ 男・女 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当てはまるものに○をつけてください。()内に記入してください。

1. 時期

- 1)頭痛はいつごろから始まりましたか()
- 2)1回の頭痛はどのくらい続きますか
a. 瞬間 b. 1~3時間 c. 丸1日 d. その他()
- 3)一日のうちでは、いつが一番痛みますか
a. 朝~午前中 b. 午後~夕方 c. 夜 d. 決まっていない
- 4)頭痛の起る頻度は、おおむね、つぎのどれですか
a. ほぼ毎日 b. 週数回 c. 月数回 d. 年数回 e. 今回が初めて f. その他()

2. 部位 おもにどのへんが痛みますか

- 1)a.左 b.右 c.左右交代 d.両側
- 2)a.前 b.後 c.こめかみ d.目のあたり e.てつぺん f.ハチマキ g.首筋
h.その他()

3. どのような頭痛ですか

- 1)a.脈と一致してズキズキ b.重苦しい c.瞬間的(キリッ、ズキ) d.その他()
- 2)頭痛の強さ
a.がまんできない b.なんとかがまんできる c.たいしたことない d.今まで経験したことのない頭痛

4. 頭痛が始まる前に何か前ぶれはありますか

- a.目の前が急に暗くなり、チカチカする b.不機嫌になる c.顔が青くなる
d.物が見えにくくなる e.おしゃべりがしづらくなる f.まわりがグルグル回って見える
g.耳鳴がする h.耳が聞こえづらくなる i.物が二重に見える j.意識がぼんやりする
k.両手足がムズムズする l.両手足が動きづらくなる m.よろめいたり倒れやすくなる n.ない

5. 頭痛に伴う症状は次のどれですか

- a.吐き気 b.嘔吐 c.立ちくらみ d.めまい e.肩こり f.意識がぼんやりする g.顔が青くなる
h.頭痛後の睡眠 i.睡眠後頭痛が軽くなる j.まぶしく感じる k.音に敏感になる
l.においに敏感になる m.腹痛 n.ない

6. 頭痛に誘因はありますか

- a.疲労 b.睡眠不足 c.不安 d.人ごみ e.ストレス f.天候 g.運動
h.食事(チーズなど特定の食品:) i.におい(香水、たばこなど:)
j.その他:() k.ない

7. 頭痛をもつ人が家族にいますか

- a.父 b.母 c.兄弟姉妹 d.祖父母 e.いない

裏面に続きます

8.いつも使っている頭痛のお薬がありますか

- 1)薬 a.小児用バファリン、カロナール b.ブルフェン c.その他()
2)使用頻度 a.頭痛の時は毎回 b.時々 c.ほとんど使わない d.その他()
3)そのおくすりの効果はどうか
a.効く b.あまり効かない c.効かない d.効かなくなってきた e.まちまち

9.頭痛について今まで受けた検査はありますか

CT MRI 脳波 その他()

10.今までに次の病気にかかったことがありますか

- a.周期性嘔吐症(自家中毒症) b.熱性けいれん c.無熱性けいれん(てんかん発作)
d.起立性調節障害 e.頭部外傷 f.時々おこる腹痛 g.近視 h.遠視 i.副鼻腔炎 j.難聴

11. 次の状態が以前、または今もありますか

- a.どもり b.潔癖症 c.夜泣き d.ねぼけ e.不眠 f.夜尿 g.頻尿・遺尿 h.爪かみ i.チック
j.食欲不振 k.体重減少 l.不登校・不規則な登校 m.乗り物酔い
n.大きな息をした後、からだの力がぬける

12.頭痛は休日に軽くなる傾向にありますか

- a.とてもある b.ある程度はある c.あまりない d.全くない

13.お子さんの頭痛について、関係がありそうなこと、気がついたこと、心配なこと、特に聞きたいご質問などあればお書き下さい。

(

)