



このアンケートは、頭痛のせいで、あなたがどのように感じているか、また、どのようなことに支障をきたしているかを、正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。

1～6の質問で、もっともあてはまるものに○をつけて下さい。

1 頭が痛いとき、痛みがひどいことがどれくらいありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

2 頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることがありますか？
(例えば、家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

3 頭が痛いとき、横になりたくなることがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

4 この4週間に、頭痛のせいで疲れてしまって、仕事やいつもの活動ができないことがありましたか？

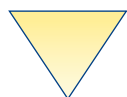
全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

5 この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらいらしたりしたことがありましたか？

全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

6 この4週間に、頭痛のせいで、仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？

全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------



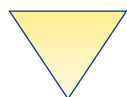
第1選択肢
(各6点)

+



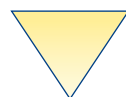
第2選択肢
(各8点)

+



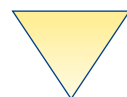
第3選択肢
(各10点)

+



第4選択肢
(各11点)

+



第5選択肢
(各13点)

各選択肢の得点を合計して総合得点を出します。
この結果をもとに、医師の診察を受けて下さい。

総合得点

点数が高いほど、生活への影響が大きいことを意味します
(最低点36点～最高点78点)