

慢性頭痛外来 問診票（初診用）

（ご回答いただいた内容は診療の目的以外には使用いたしません） ご記入日 _____年 ____月 ____日

お名前： _____ 職業： _____ 年齢： _____ 性別： _____ (ID. _____)

○身長： _____ cm, 体重： _____ Kg ○ご記入者：本人・配偶者・父・母・兄弟・子・他（ _____ ）

○今回の体調不良（頭痛等）で一番心配していること・困っていることを自由にご記載下さい。

○現在、治療中の病気があればご記入下さい。（いつ頃から、病名、医療機関名）

・（ _____ ）年頃から（病名： _____ ）を（施設名： _____ ）で治療中

・（ _____ ）年頃から（病名： _____ ）を（施設名： _____ ）で治療中

○今までにかかったことのある主な病気、ケガ、手術があればご記入下さい。

・（ _____ ）年頃、（病名： _____ ）を（施設名： _____ ）で治療した

・（ _____ ）年頃、（病名： _____ ）を（施設名： _____ ）で治療した

○現在、常用中（いつも飲んでいる）のお薬がありますか？ ある・なし

「ある」の場合は、分かる範囲で構いませんので薬品名等をご記載下さい。

○体調についてご記入下さい。

1. 最近1ヶ月の睡眠：眠れる・眠れない・寝すぎる →「眠れない」あるいは「寝すぎる」の場合は、詳しい状況をご記載下さい（例：なかなか寝付けない、夜中に何度も目が覚める）。

2. 最近1ヶ月の食欲：ある・ない・あり過ぎる →「ない」あるいは「あり過ぎる」の場合は、詳しい状況をご記載下さい（例：空腹感がなく1日1食しか食べられない、いつも食べている）。

3. 飲酒・喫煙

※飲酒：飲まない・飲む・飲んでいた

種類（ _____ ）、量（ _____ /日）、頻度（毎日、時々、稀）

※たばこ：吸わない・今は吸わない・吸う（1日に _____ 本程度・ _____ 年間）

4. （女性にお伺いします）月経：順・不順・閉経（ _____ 歳）

※最終月経はいつでしたか？ _____ 月 _____ 日から（ _____ 日間、約 _____ 日周期）

※現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか？

はい（妊娠 _____ ヶ月）・いいえ・わからない

永関式 頭痛問診票（16問あります）

監修：ながせき頭痛クリニック 院長 永関 慶重

下記の質問について、該当するものに○印、もしくは（ _____ ）内にご記入ください。

1. いつごろから頭痛を自覚していますか？（生まれて初めて頭痛を自覚した年齢や時点を記入して下さい）

（ _____ ）歳頃から・（ _____ ）日前から・（ _____ ）ヶ月前から・（ _____ ）年前から

2. どのあたりが痛くなりますか？（まず痛む側を、その後痛む場所を記入して下さい）

右・左・両側：[おでこ・目の周囲・目の奥・コメカミ・頭頂部・耳の上・耳の後ろ

後頭部・首筋・頭全体・他（ _____ ）]

| |
|--|
| 3. どのように痛くなりますか？ |
| 締め付けられる・ギュッと押される・脈を打つような（ズツクズツク・ドクドク）・全体が重い 電気が走るような（チク・ズキキとした瞬間的な痛み）・割れそうに・他（ ） |
| 4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？ |
| （ ）ヶ月に（ ）回位・（ ）週間に（ ）回位・ほぼ毎日（ ）日・ヶ月・年）前から |
| 5. 頭痛はどのくらい続きますか？ |
| （ ）時間位で治まる・（ ）日位で治まる・（ ）週間位・ずっと続いている |
| 6. 頭痛のときの症状で、痛み以外にはどのようなものがありますか？ |
| ない・ある：[肩こり・吐き気がする・嘔吐・階段昇降や頭を動かす動作で痛みが増強する・生理痛 涙がでる・鼻水がでる（黄色・透明）・落ち着きがない・めまい（ククラ・フワフワ・天井が回る）] |
| 7. 頭痛に伴い、普段は気にならない光をまぶしく感じることはありませんか？また、それはどのような光ですか？ |
| ない・稀にある・時々ある・常にある ある場合：[太陽・蛍光灯・テレビ画面・パソコン画面・他（ ）] |
| 8. 頭痛に伴い、普段は気にならない音をうるさく感じることはありませんか？また、それはどのような音ですか？ |
| ない・稀にある・時々ある・常にある ある場合：[テレビ・話し声・泣き声・雑踏音・ハイヒールで歩く音・他（ ）] |
| 9. 頭痛に伴い、普段は気にならない匂いを嫌だと感じることはありませんか？また、それはどのような匂い ですか？ |
| ない・稀にある・時々ある・常にある ある場合：[タバコ・香水・食べ物・汗・アルコール・他（ ）] |
| 10. ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？ |
| いいえ・はい：[父親・母親・娘・息子・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母・おじ・おば] |
| 11. 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやけることがありますか？ また、その症状が出始めてから頭痛が起こるまでにはどのくらいかかりますか？ |
| いいえ・はい：[内容： 。頭痛が始まるまでの症状持続時間（ ）分] |
| 12. 頭痛のときに、どのような日常生活に支障をきたしますか？ |
| 学校や仕事を休んだ・保健室で寝たり、早退をした・家事や工作中に横になった・我慢して仕事や勉強を した・予約をキャンセルした・休みの日は寝ていた・できれば寝ていたい・じっとしている・やる気が出ない |
| 13. これまでに頭痛薬は飲んでいましたか？（複数選択可） |
| いいえ・はい：[パファリン・イブ・ナロエース・セブス・ノーシン・ハックリエース・サドソン・タレノール・ニューカイト Z ロキソニン・カナル・アスピリン・SG 顆粒・ハイペン・モビック、イグラン（注射・点鼻・錠剤）・ゾーミック レルパックス・マサルト・アマージ・レボール・他（ ）] |
| 14. 現在は、どの頭痛薬を 1 ヶ月に何日程度お飲みになりますか？ |
| 常備薬：（ ）・1 ヶ月に（ ）日程度服薬 |
| 15. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？ |
| いいえ・はい さいの場合：施設名（ ） |
| 16. これまでに頭痛で、頭部検査を受けたことがありますか？また、それはいつ頃ですか？ |
| いいえ・はい：[頭部 CT・頭部 MRI・頭部 MRA・脳波検査・不明] 検査時期：（ ）年前・（ ）ヶ月前 |

ご記入ありがとうございました。以上で問診は終了です。

（星ヶ丘マタニティ病院 第 1 版 2023.4.1）