



頭痛質問票

年 月 日 お名前

男・女 年齢 歳

あなたの頭痛について、おうかがいします

1 今までに辛い頭痛を経験したことがありますか？

はい いいえ

●「はい」と答えた方におうかがいします。今回の頭痛はいつもの頭痛とは違いますか？

同じ 何となく違う気がする 違う わからない

2 今までに同じような頭痛の経験がある場合、どのくらいの頻度で頭痛が起こりますか？

数ヵ月に1回から月1~2回 週に2~3回からほとんど毎日 ある一定期間頻回に起こる 年単位で、群発地震のようにまとまって起こる (その他)

3 どのような痛みですか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

ずきんずきんと脈打つような 締めつけられるような えぐられるような その他
動くと痛みが増す 重いような じっとしていられない ()
ときどき寝込むほど強く痛む 軽い痛みで仕事はできる 耐えがたい痛み

4 どのあたりが痛みますか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

頭の片側が痛む 頭の両側や後頭部が痛む 片側の目の奥が痛む

5 頭痛に伴って次のような症状が起こることはありますか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

吐き気がしたり吐いてしまう 肩こり 目の疲れ 片側から涙が出る まぶたが下がる その他
音や光が気になる ふわふわ感 片側の目が赤くなる 鼻みず、鼻づまり ()

6 頭痛の前にギザギザした光が見えたり、見えにくい部分ができることがありますか？

いつも ときどき なし

7 頭痛のきっかけと思われることはありますか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

人混み 生理 目の使いすぎ アルコール その他
寝過ぎ 寝不足 長時間の同一姿勢 ()
ホッとしたとき(忙しさから解放) パソコンやワープロ 精神的ストレス

8 頭痛は、あなたの日常生活にどのくらい影響を及ぼしていますか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

寝込んでしまう 頭痛のために仕事や学校を休むことがある 能率が半分以下に落ちることがある
家族や友人との約束や用事が果たせなくなる 通常の生活に支障はない その他()

9 次の病気に現在かかっているか、今までにかかったことはありますか？ 当てはまるものすべてに✓をつけてください。

脳血管の病気(脳卒中など) 心臓の病気 血管の病気 高血圧 糖尿病
消化管の病気(胃潰瘍など) 肝臓の病気 腎臓の病気 血液の病気 緑内障 その他()

10 薬局で購入されたお薬を含め、現在お薬を飲まれていますか？ また、お薬の名前がわかりましたらご記入ください。

はい いいえ ●お薬の名前()