

頭痛問診表

お名前 _____ 男・女 _____ 歳 _____ 年 _____ 月 _____ 日記入 ひだかクリニック 140820 ID

* 今回ご相談の頭痛についてお答え下さい。二種類のタイプをお持ちの場合、おもな頭痛についてのみお書き下さい。

1. 今回ご相談する頭痛はいつ頃から自覚していますか？ _____ 歳頃から _____ 年前から _____ ヶ月前から _____ 日前から
2. 今回ご相談する頭痛の頻度はどのくらいですか
・年に数回 ・月に数回 ・週に数回 ・ほぼ毎日 ・今回が初めて ・その他 _____
「今回が初めて」以外にチェックした方にお尋ねします。今回の頭痛を初めて経験したのは何歳頃でしょうか _____
3. 薬をのまない頭痛はどのくらい続きますか
・数秒の頭痛が断続的に ・数十分 ・1～3 時間 ・半日 ・丸1日 ・数日間以上 ・初めての痛みが今も続く
その他 _____
4. 一日のうち最も痛いのはいつでしょう
・朝起きたときから ・午前 ・午後 ・夜中眠っているとき ・一日中 その他 _____
5. 1 回の頭痛はどのように始まりますか
・突然(1分以内に最高に達する) ・比較的急に(10 分以内) ・いつとは知れず徐々に その他 _____
6. 頭痛の側はどちらですか ・左 ・右 ・両側同時に ・真ん中 ・まちまち
7. おもにどのあたりが痛みますか
・こめかみ ・後頭部 ・前頭部 ・目のあたり ・てっぺん ・ハチマキ様 ・首筋 その他 _____
8. どのように痛みますか
・脈を打つようにガンガン ・重苦しい、しめつけられる ・瞬間的(キリッ) ・触ると痛い その他 _____
9. 頭痛の強さはどの程度ですか
・つらくて仕事、家事、学校を休む ・横になったり保健室に行く ・なんとかがまんできる ・たいしたことはない
動いていたほうが楽 その他 _____
10. 頭痛に伴う症状、あるいは頭痛の前兆となる症状があれば次の中からいくつでも選んで下さい
・キラキラして見づらくなる ・肩こり ・めまい ・憂うつ感 ・だるい ・過食 ・あくび ・不眠 ・流涙
・日常動作により頭痛が悪化 ・はきけ ・嘔吐 ・光を嫌う ・音を嫌う ・臭いを嫌う その他 _____
11. 思いあたる頭痛の誘因はありますか
・なし ・ストレス、過労疲労 ・ストレスから解放された時 ・飲酒 ・生理 ・更年期 ・運動 ・睡眠 その他 _____
12. 今回ご相談する頭痛と同じタイプの頭痛が、ご両親のどちらかにありましたか ・あった ・なかった ・わからない
13. 現在、眼、耳、鼻、歯・あごに具合の悪いところや治療中の病気がありますか
あれば具体的に _____
14. 今回ご相談する頭痛に対して、いつも使っているお薬と月の回数を教えてください 例) ノーシンを毎月20回は服用している。

15. そのお薬の効果はどうか ・効く ・あまり効かない ・効かない ・効かなくなってきた ・まちまち
16. 頭痛に対してこれまで受けた検査や診断、薬について教えてください 例) 緊張型と言われ筋肉のクスリをもらった。

17. あなたの頭痛について、関係がありそうなこと、気がついたこと、ご希望などがあれば書いてください

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○をつけてください。

① すべての頭痛のうち、激しい痛みは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、日常生活に支障がで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？

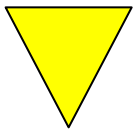
全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

⑤ この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりイライラしたりしたことがありましたか？

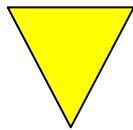
全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------

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？

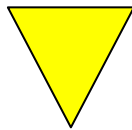
全くなかった	ほとんどなかった	時々あった	しばしばあった	いつもそうだった
--------	----------	-------	---------	----------



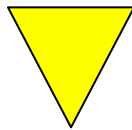
+



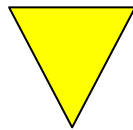
+



+



+



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、医師の診察をうけてください。

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