

# 頭痛外来問診票

矢倉内科クリニック

受診日 令和 年 月 日

ふりがな	男 女	昭和
お名前		生年月日 平成・令和 年 月 日生
ご住所 〒		
電話番号	( )	
携帯番号	( )	

- 1) 今回の頭痛は いつもと同じよう 何歳から始まりましたか ( ) 歳  
初めて
- 2) 頭痛の頻度は ほぼ毎日 週数回 月数回 年数回
- 3) 1回の頭痛はどのくらい続きますか  
数十分 1~3時間 半日 1日 数日 1週間以上
- 4) 頭痛の側 左 右 左右交代 両側
- 5) 痛む場所(複数可) 前頭部 こめかみ 側頭部 後頭部 眼の奥 頭頂部 全体
- 6) 痛みの特徴  
脈うつようにズキンズキン 持続性で締め付けられるよう 瞬間的(キリッ、ズキ)  
その他( )
- 7) 痛みの程度  
強い(とてもがまんができない) 中(なんとかがまんできる) 弱い(たいしたことはない)
- 8) 1日で一番痛い時間 起床時 午前 午後 夜 寝ているとき 1日中
- 9) 頭痛に伴う症状  
目の前に光がチカチカ、ギザギザが出たり文字が見えなくなったりする 吐気 めまい  
光過敏 音過敏 耳鳴 腹痛
- 10) 日常生活に支障あり 日常生活に支障ない
- 11) 体を動かすとひどくなる 運動すると楽になる 入浴すると楽になる 入浴するとひどくなる
- 12) 頭痛の誘因(複数可) ストレス 過労 飲酒 生理 更年期障害 運動 不眠 寝すぎ  
肩こり 空腹 なし
- 13) これまで飲んだ薬( )  
よく効く あまり効かない 効かない だんだん効かなくなってきた
- 14) 血縁者に頭痛もち方はいますか ( )