

こどもの頭痛問診票

矢倉内科クリニック

受診日 令和 年 月 日

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

- 1) 今回の頭痛は何歳から始まりましたか 保育園・幼稚園 小学校低学年 小学校高学年
 中学校 初めて
- 2) 頭痛の頻度は ほぼ毎日 週数回 月数回 年数回 その他
- 3) 1回の頭痛はどのくらい続きますか
 1時間以内 数時間 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
 ズキンズキン 持続性で締め付けられるよう 目をえぐられるよう 殴られたよう
 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 腹痛 涙がでる
- 10) どのような時に痛みが起きたり悪化したりしますか()
- 11) 幼少時の時によく嘔吐していた、あるいは周期性嘔吐(自家中毒)と言われたとはありませんか
 ある ない
- 12) 乗り物に酔いやすいですか はい いいえ
- 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 ()