

# 頭痛外来問診票

診療所使用欄  
処置室 \_\_\_\_\_ ベットで臥床中

氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名( )				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 種類( )				

**該当する項目に☑印を付けてください。**

具合が悪い⇒症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

どのような症状ですか。

めまい しびれ 手足がうごかしにくい 物忘れ 見え方が変 頭をぶつけた

その他 {

今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい 診断名( ) 投薬(薬剤名)

検査内容 CT MRI その他( )

今回の症状で市販薬を服用されましたか？

いいえ はい (薬剤名)

**特に調べて欲しいこと、検査や治療の希望などがありましたらご記入ください。**

{ }

女性の方へ \_\_\_\_\_ 妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい (妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週)

**該当する項目に☑印を付け、あてはまる欄をご記入ください。**

現在治療している病気はありますか？

いいえ はい { }

現在服用中のお薬はありますか？

いいえ はい { }

※お薬の内容が分かれば医師へお見せください。(例:お薬手帳、薬剤情報提供書、薬の現物など)

下記の病気にかかったあるいは健診等で指摘されたことはありますか？

なし 高血圧 糖尿病 甲状腺疾患 喘息 心臓病 痛風 緑内障  
脂質異常症(高脂血症) 貧血 前立腺肥大 その他( )  
入院歴( )

近親者(血縁者)に下記の病気の方はいらっしゃいますか？

なし 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 心筋梗塞 高血圧 頭痛持ちの方  
その他 { }

アルコールは飲みますか？

いいえ はい ( 毎日 ・ 週 \_\_\_\_\_ 回 / コップ \_\_\_\_\_ 杯 種類: \_\_\_\_\_ )

たばこは吸いますか？

吸わない 吸う \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年  
以前吸っていた \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年

裏面につづく

←----- ( 切り取り線 ≡ ) ----->

# 余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。

↑ 切り取り ↓

# 余白

頭痛外来問診票

頭痛でご相談の方は以下もご記入ください。

該当する項目に☑印を付け、あてはまる欄をご記入ください。

頭痛はいつ頃から始まりましたか？

- ☐( )時間前から ☐( )日前から ☐( )か月前から ☐( )年前から ☐( )歳ごろから

頭痛の頻度はどれくらいですか？

- ☐( )か月に( )回 ☐( )週間に( )回 ☐ほぼ毎日

1回の頭痛はどれくらい続きますか？

- ☐途切れることがない ☐数日 ☐丸1日 ☐半日 ☐1~3時間 ☐数十分 ☐一瞬 ☐その他( )

1日のうちでいつが一番痛みますか？

- ☐朝起きた時 ☐午前 ☐午後 ☐寝ているとき ☐一日中 ☐その他( )

頭痛はどのように起こりますか？

- ☐突然 ☐比較的急に ☐徐々に ☐いつとは知れず ☐その他 ( )

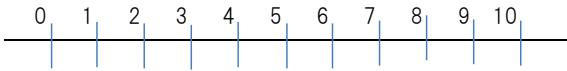
頭痛は頭のどのあたりが痛みますか？

- ☐前 ☐横 ☐後ろ ☐目の辺り ☐ハチマキ様 ☐左 ☐右 ☐両側 ☐その他 ( )

どのように痛みますか？

- ☐脈打つように(ズキンズキン) ☐えぐられるような ☐重苦しい/締め付けられる ☐瞬間的(ズキッ キリッ) ☐今までにない痛み ☐その他 ( )

頭痛の程度はどれくらいですか？



0: 痛みなし → 10: 想像できる最悪の痛み

頭痛に伴う症状はありますか？

- ☐吐き気/嘔吐 ☐動く痛みが増強する ☐寝込んでしまう ☐涙や鼻水が出る ☐じっとしてられない ☐肩こり ☐発熱 ☐光・音・匂いが気になる ☐その他 ( )

触ったり、押したりすると痛みが増強しますか？

- ☐いいえ ☐はい 部位: ( )

頭痛の前に前触れはありますか？

- ☐ない ☐ある→☐肩こり ☐目の前がざらざらする ☐その他 ( )

どのような仕事をされていますか？

- ☐肉体労働 ☐デスクワーク ☐その他 ( )

乗り物酔いはありますか？

- ☐ない ☐ある ☐幼少期にあったが今はない ☐その他 ( )

睡眠状況を教えてください。

睡眠時間( )時間

- ☐よく眠れている ☐途中で目覚める ☐寝た感じがしない ☐いびきをかく ☐歯ぎしりがある ☐呼吸が止まる

余白

切り取り線

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。