

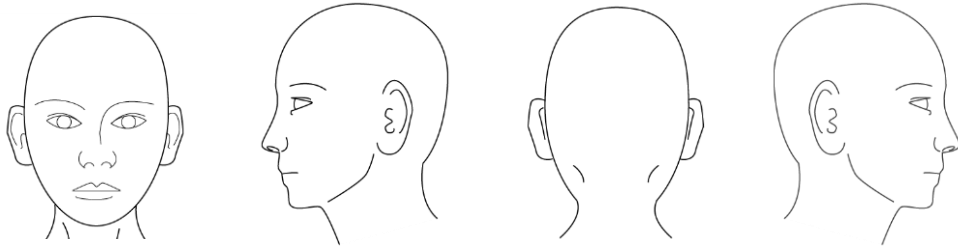
# 頭痛外来問診表

年 月 日

◆頭痛はいつ頃からありますか

今日 ( ) 時頃 ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前 ( ) 年前

◆どの辺りが痛みますか (痛みのある場所に○を付けて下さい)



◆どのような痛みですか

(ドクドク、ズキズキ、重苦しい、ズッキン、ガン、など具体的に記載して下さい)

◆頭痛の起り方はどのような感じですか

( ) 突発 ( ) 比較的急に ( ) 徐々に その他 ( )

◆1日のうちで、いつが1番痛いですか

( ) 朝起きた時 ( ) 午前 ( ) 午後 ( ) 寝ている時  
( ) 1日中 その他 ( )

◆頭痛の頻度はどのくらいですか

( ) 毎日 ( ) ほぼ毎日 1ヶ月に ( ) 回位 年に ( ) 回位

◆頭痛以外にどんな症状がありますか

( ) めまい ( ) 吐き気・嘔吐 ( ) 光や音に敏感になる  
( ) 肩や首がこる ( ) 手や足のしびれ ( ) 目の充血・涙・鼻水  
その他 ( )

◆血縁者の方で下記の病気にかかれた方はいますか

くも膜下出血 はい (父親・母親・兄弟姉妹・その他) ( ) いいえ  
片頭痛 はい (父親・母親・兄弟姉妹・その他) ( ) いいえ