

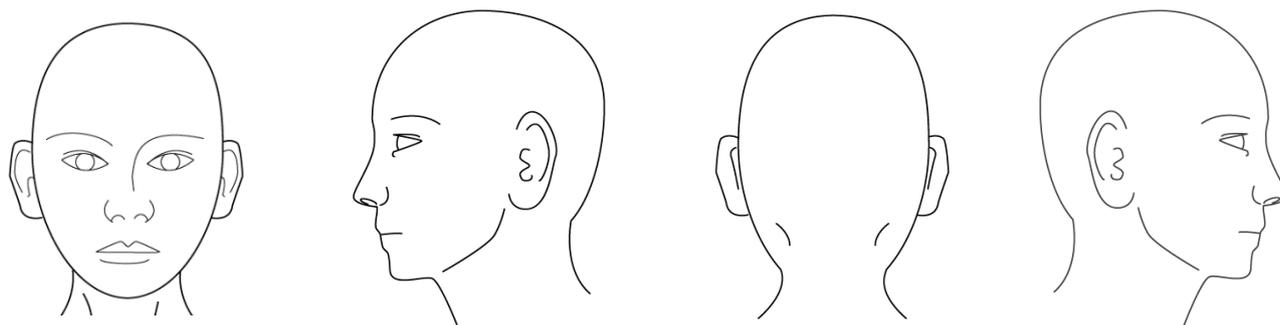
# 頭痛外来問診表

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？

(ドクンドクン、ズキンズキン、重苦しい、ズッキーン、ガンなど具体的に記載してください)

●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

●いままでに、アレルギーなどはありましたか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

●お薬・注射などで、気分が悪くなったことはありますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

●現在、他の病院・薬局で何か治療をされていますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

●今までにかかった病気(手術なども含む)などはありますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

●お薬手帳はお持ちですか？ ( いいえ ・ はい )

●アルコール類は、飲みますか？ ( いいえ ・ はい )

●タバコは、吸いますか？ ( いいえ ・ はい )

●(女性のみ)

現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか？ ( いいえ ・ はい )

授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

# 診療申込書

初診・再診

NO.

年

月

日

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 )
住所	〒
電話	( )
携帯電話	

緊急連絡先	氏名 (続柄： ) TEL ( )
-------	-------------------