

## 頭痛問診票

記入年月日： 年 月 日

書ける範囲で結構ですので、気楽にご記入ください。

ふりがな		年齢	歳 月
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
体温	℃	体重	kg <input type="checkbox"/> 不明

●どれくらいの頻度で起こりますか？（例：月に1～2回）

●どれくらい続きますか？（例：半日から1日）

●どこが痛みますか（例：横や前）

●どのように痛みますか？（例：ズキンズキンする、しめつけられる）

●頭痛の強さはどうですか？どのくらい痛みますか？

（例：とてもつらい、つらくないが長いので心配）

●生活にどのくらい影響がありますか？（例：寝込む・学校休む・支障ない）

●どんな時に痛みがひどくなりますか？（例：歩くと響く）

●頭痛以外にどんな症状がありますか？

（例：吐き気、立ちくらみ、朝起きられない、頭痛の前にまぶしくなる）

●頭痛の時はどうしますか？（例：寝る、薬を飲む）

●ご両親や親せきの方に頭痛の方はいらっしゃいますか？をつけてください。

はい（ ）・いいえ

●平日の起床時間・就寝時間、週末や休みの起床時間・就寝時間を教えてください

1日のテレビ・テレビゲーム・パソコン・スマートフォンなどの時間を教えてください

・平日：起床\_\_\_\_頃 就寝\_\_\_\_頃

・週末：起床\_\_\_\_頃 就寝\_\_\_\_頃

・テレビ・テレビゲーム・パソコン・スマートフォンなどの時間：\_\_\_\_時間くらい

●その他、ご相談したいことがございましたらご記入ください。