

# こどもの頭痛問診票

1. ご家族に頭痛のある方はいますか？
  - ① 母親
  - ② 父親
  - ③ 兄弟(姉妹)
  - ④ 祖父母
2. 頭痛はいつ頃から始まりましたか？
  - ① 保育園・幼稚園
  - ② 小学校低学年
  - ③ 小学校高学年
  - ④ 中学校
3. 頭痛の頻度はどれくらいですか？
  - ① 1年に数回
  - ② 1ヶ月に数回
  - ③ 1週間に1～2回以上
  - ④ ほぼ毎日
  - ⑤ その他
4. 頭痛はどのくらい続きますか？
  - ① 1時間以内
  - ② 数時間
  - ③ 約1日
  - ④ 数日間
  - ⑤ その他
5. 頭のどこが痛みますか？
  - ① 片側
  - ② 全体
  - ③ 両側のこめかみ
  - ④ 後頭部や首
  - ⑤ 目の奥
  - ⑥ 顔面
  - ⑦ その他
6. どのような痛みですか？
  - ① ズキンズキンとする痛み
  - ② 締め付けられるような痛み
  - ③ 目をえぐられるような痛み
  - ④ 殴られたような痛み
  - ⑤ その他
7. どの程度の痛みですか？
  - ① じっとしていられず、頭をかかえて転げ回るぐらい
  - ② 横になって、何もせずにじっとしているぐらい
  - ③ 我慢できるがずっと痛みを感じている
8. 頭痛が起こる前や起こっている時、以下の症状がありますか？
  - ① 目の前がチカチカする、あるいはぼやける
  - ② 吐き気や嘔吐
  - ③ 首や肩の痛み・こり
  - ④ 光や音・声を不快に感じる
  - ⑤ 涙がでる
  - ⑥ その他
9. どのような時に痛みが起きたり、悪化したりしますか？

( )
10. 幼少の時によく嘔吐していた、あるいは「周期性嘔吐(自家中毒)」と言われたことなどはありますか？
  - ① ある
  - ② ない
11. 車や乗り物に酔いやすいですか？
  - ① はい
  - ② いいえ
12. 今までの頭痛への対応や検査について教えてください(市販薬を飲んでいて、他院でCT検査を受けた、など)。

( )
13. 頭痛以外に相談したいことがあれば教えてください。

( )

ありがとうございました。

福井県済生会病院小児科 こどもの頭痛外来