

下記の質問で、当てはまる□にチェックを付け、同時に（ ）内にも記入してください。

1. 初めての頭痛はいつ頃ですか？（ ）  
初めての頭痛はどんな痛みでしたか？  
（ ）
2. 今回の頭痛はいつ頃からですか？  
（ ）  
どんな痛みですか？  
（ ）  
今も同様の痛みが続いていますか？       いいえ       はい
3. どこが痛みますか？  
 全体       おでこを中心に前の方       てっぺん       右側       左側  
 後ろ（後頭部）       首筋       その他（ ）  
いつも同じところですか？       はい       いいえ
4. どのように痛みますか？  
 ズキンズキン       ドクドク       ガンガン       チクチク  
 締め付けられる       重苦しい       ぎゅーっと  
 突き刺さるような       えぐられるような  
 その他（ ）
5. 頭痛の強さはどの程度ですか？  
 痛みのためにじっとしてられない。頭を抱えて転げ回る。  
 寝込んだり、何もできない、じっとしていたい（仕事・家事もできない）  
 我慢はできる程度（仕事・家事はできる）  
 ちょっと痛い程度
6. 頭痛は歩くとひどくなりますか？下を向くとひどくなりますか。  
 いいえ（動いている方が楽）       はい
7. 頭痛はどれくらい続きますか？  
 3時間以内       3時間以上       半日       1日       2日       3日  
 1週間       1ヶ月       常時       その他（ ）

8. 頭痛の頻度はどれくらいですか？

- 毎日     2-3回/週     1回/週     数回/月     1回/数ヶ月

9. 1日のうち、頭痛が起こる時間帯は決まっていますか？

- いいえ     はい (朝 昼 夜 就寝中 午前 午後)

10. 頭痛の前に何か前兆 (予兆) はありますか？

- いいえ  
 はい (目がチカチカする 目が見にくくなる 肩こりがひどくなる

その他： ( )

11. 頭痛以外にどんな症状がありますか？

- 吐き気、嘔吐     音・光・臭いに過敏になる  
 鼻汁、鼻づまり     涙が出る、充血する     顔面紅潮  
 肩や首筋の凝り     脱力感     手や口のしびれ  
 めまい

その他 ( )

12. いつも飲む頭痛薬はありますか？

- いいえ  
 はい ( )

13. ご家族に頭痛持ちの方はいますか

- いいえ  
 はい (父、母、兄弟、姉妹、祖父、祖母、その他「 )

14. 今までにかかった大きな病気・手術の経験はありますか。

- いいえ  
 はい (何歳ごろ どんな病気 どちらの病院で)  
( )  
( )

15. 血縁者の中で、病気をされた方はいらっしゃいますか

- いいえ  
 はい・・・はいの方は、例にそってお書き下さい。 例 脳梗塞 (父方の祖父)  
脳梗塞 ( ) 高血圧 ( ) 癌 ( 部位 )  
脳内出血 ( ) 糖尿病 ( ) その他 ( )  
くも膜下出血 ( ) 心筋梗塞 ( )

16. 輸血を受けたことはありますか

- いいえ
- はい

17. 現在、内服している薬はありますか

- いいえ
- はい (何の薬 どちらの病院から)  
( )  
( )

18. アレルギーはありますか

- いいえ
- はい (薬 食べ物 その他)  
( )

19. たばこは吸いますか

- いいえ
- はい (1日 本)

20. お酒は飲みますか

- いいえ
- はい  
(ビール・酒)を(付き合い程度・ ml/日・ 合/日)

21. 女性の方にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか

- いいえ
- はい

22. その他、頭痛以外に気になることはありませんか

- ( )
- ( )
- ( )

ご協力ありがとうございました