

子供用頭痛問診票（15歳まで）

氏名

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？ はい いいえ

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（ ）

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？

学校を休む、あるいは保健室で休むぐらい痛い

我慢して授業は受けられる程度

ちょっと痛い程度

⑥頭痛は頭や体を動かすとひどくなりますか？

はい いいえ（動かすと楽になる）

⑦頭痛はどれくらい続きますか？

- 1時間以内 3時間以内 半日 1日 2日 3日
 1週間 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

⑨1日のうち、頭痛が起こる時間帯は決まっていますか？

- はい (午前中 午後 下校途中 帰宅後 夜 体育の授業後
その他)
 いいえ

⑩頭痛の前に何か前兆（予兆）はありますか？

- はい (目がチカチカする 目が見にくくなる
お腹が痛くなる 眠くなる その他：)
 いいえ

⑪頭痛の最中に下のような事がありますか？

- 吐き気、嘔吐 音・光・臭いが不快になる
 鼻水 腹痛、下痢 その他 ()

⑫自家中毒をよく起こす、あるいは小さいときに起こしましたか？

- はい いいえ

⑬乗り物に酔いやすいですか？

- はい いいえ

⑭本人や兄弟（姉妹）が熱性痙攣を起こしたことがありますか？

- はい いいえ

⑮ご家族に頭痛持ちの方はいますか

- はい（父、母、兄弟、姉妹、その他「
①⑥アレルギー、ぜんそくはありませんか？
はい（具体的に
）」) いいえ
いいえ
- ①⑦これまでにかかった病気はありますか？
()

平成 18 年 3 月 22 日作成