

頭痛の問診票

(年 月 日)

お名前

身長 cm 体重 kg

- いつから頭痛がありますか？ 歳頃 年 月頃から (日, 週, 月, 年) 前から
- どのぐらいの頻度ですか？ 年 回 月 回 ほぼ毎日, 今回が初めて, その他 ()
- 1回の頭痛の持続時間はどれくらいですか？
ずっとある, 毎日ある 数日間 丸一日 半日 1~3時間 一瞬
- 頭痛の場所はどこですか？
片側 (右 左) 両側 真ん中 いつも場所が変わる 目の周り, 奥 こめかみ
前 後ろ 横 てっぺん 頭と首の境目 まぢまぢ その他 ()
- どのような痛みですか？
ずきんずきんと脈を打つ しめつける 刺されるような ぴりぴり つかまれるような
えぐられるような 焼けるような 割れるような ガンガンする 重い, コリのような
その他 ()
- 痛みの程度
仕事や日常生活に支障なし 仕事や日常に支障があるが, 何とかこなしている. 我慢している.
仕事や家事が出来ない. 寝込んでしまう.
- 頭痛があるとき, 普段の動作 (例えば階段の昇降など) や, 体操, 運動をすると, 頭痛が
悪化する 変わらない 改善する その他 ()
- 頭痛に伴う症状はありますか？
吐き気, 嘔吐 光をまぶしく感じる 音をうるさく感じる 臭いに敏感 目が充血する
涙が出る 鼻水が出る めまい 脱力, だるい 肩こり 首が痛む 手足がしびれる
その他 ()
- 頭痛の前触れはありますか？
ない ギザギザとした光が見える 手足がしびれる その他 ()
- 頭痛がおこりやすい時刻, 状況
朝, 起床時 午前中 午後, 夕方 睡眠中 週末, 休日 生理中 特に決まっていない
- 思い当たる誘因や原因はありますか？
なし 睡眠不足 寒すぎ 疲れ ストレス 緊張 空腹 運動 飲酒
その他 ()
- 普段のんでいる頭痛薬
薬品名: 効果:
使用日数・回数: 月に 日 1日に 回 その他 ()
- 頭痛に関してこれまでに受けた検査はありますか？
CT MRI その他 () 歳頃 年 月頃 なし
- ご家族や血縁者の中に頭痛をお持ちの方はおられますか？ なし あり ()
- あなたの頭痛について, 関連がありそうなこと, 気が付いたこと, 心配なことがあれば教えてください。
- 現在, 妊娠していますか？ はい いいえ
- 当院を何で知りましたか？
ホームページ チラシ 新聞広告 通りがかり 口コミ その他 ()

ありがとうございました.

南沢又あんざいクリニック

受診申込書

フリガナ 氏名		男女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
			年齢	年	月	日	
住所	〒						
電話番号	自宅：		携帯：				