

ID. \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

年 月 日

### <片頭痛問診表>

1. 以前にもこのような頭痛がありましたか？
  - ア) はい
  - イ) 今回の頭痛とは違うが、頭痛は以前からある。
  - ウ) いいえ、はじめての頭痛です。
  
2. 頭痛は、生活に支障を来す原因となっていますか？
  - ア) 大変、支障を来している。
  - イ) おおむねコントロールできているが、時にひどい頭痛となり生活に支障を来すことがある。
  - ウ) 薬や自分の対処法があり、コントロールできている。
  - エ) 特に困っていない。
  
3. どのような頭痛ですか？
  - ア) 脈打つよう（ズキンズキン、ドクンドクン）
  - イ) 締め付けられる（ギュウ）
  - ウ) 重い鈍痛（ドーン）
  - エ) 片側が痛くなることが多い、
  - オ) 両側痛む
  
4. 頭痛の強さ
  - ア) 強い
  - イ) 中等度
  - エ) 軽い
  
5. 頭痛の頻度
  - ア) ほぼ毎日
  - イ) 週に1回以上
  - ウ) 月に1回以上
  - エ) 年に数回
  
6. 頭痛の際中に、次のようなことがありますか？
  - ア) 吐き気 ・ 嘔吐
  - イ) 体を動かしたくない、頭を振ったり頭を下げたりすると頭痛がひどくなる。
  - ウ) 光がまぶしい、音が響く、匂いが気になる、静かなくらいところでじっとしていたい。
  
7. 頭痛がおこる前に次のような症状はありますか？
  - ア) キラキラした光や、ギザギザが見える。視野が眩しく、見えにくいことがある。
  - イ) 肩が凝ってくる。首がつまってくる。
  - ウ) あくびがでる。

裏面に続く

8. 頭痛は、どのような時に起こることが多いですか？

- ア) 生理の前や生理中など、生理の周期と関連している。
- イ) 睡眠不足、あるいは休日、睡眠が長くなったときなど睡眠に関連している。
- ウ) ストレスの多いとき、ストレスから解放されたときなどストレスに関連している。
- エ) 炎天下や映画館などの人混み、低気圧（雨の前の日）
- オ) チョコレート、中華料理などの食べ物、アルコール飲料、強い匂いのものを摂取した時

9. 市販薬を飲んでいますか？また飲んだことはありますか？

- ア) 最近、月に10回以上飲んでいる。
- イ) 月に数錠は飲んでいる。
- ウ) めったに飲むことはない。年に数回程度
- エ) ほぼ一度も飲んだことがない。

10. 頭痛で医療機関を受診したことがありますか？

- ア) 片頭痛と診断され、投薬を受けたことがある。
- イ) 受診したことはない。

11. はじめて頭痛を自覚したのはいつですか？

- ア) 小学生などの子供時代
- イ) 成人してから
- ウ) ここ最近

12. お母さんは頭痛もちですか？ご両親 ご兄弟 ご姉妹に頭痛もちの方は  
おられますか？

- ア) はい
- イ) いいえ

13. 今日のご希望は。

- ア) 頭痛を治してほしい。薬がほしい。
- イ) 原因を知りたい。検査をしてほしい。薬は要らない。

14. スマホなどでゲームされていませんか？

以上です。ご協力ありがとうございました。