

ID \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 問診票（頭痛）

フリガナ		男・女	歳	生年月日		
氏名				昭・平・令	年	月
住所						
電話番号	(携帯電話)	(自宅)or(家族)				

・職業（仕事内容）

・身長 \_\_\_\_\_ cm、 体重 \_\_\_\_\_ kg

・他院で治療中ですか？

受診していない      以前受診した      今も受診している      病院・医院名 \_\_\_\_\_

・今までにかかった病気や受けた手術はありますか？    はい    いいえ

上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください

高血圧    糖尿病    胃十二指腸潰瘍    心臓病    腎臓病    肝臓病    脳梗塞/脳卒中    喘息

痛風（高尿酸血症）    癌・悪性腫瘍    心療内科・精神科疾患    その他

手術名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_

・薬を飲んでいますか    はい      いいえ

上記で「はい」と答えた方はわかる範囲でお薬の名前を教えてください

・薬や食べ物にアレルギーはありますか？

はい（原因： \_\_\_\_\_ 、どのような症状： \_\_\_\_\_ ）

いいえ

・普段から運動をされていますか？

はい（どのような運動： \_\_\_\_\_ ）      いいえ

・（女性のみ）妊娠中または授乳中ですか？    妊娠中      \_\_\_\_\_ 週    授乳中    いいえ    わからない

・マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい      いいえ

・当院を受診したきっかけは何ですか？    ご家族の紹介    ご友人の紹介    ホームページをみて

検索サイト    通りがかり

裏面にて頭痛についてお聞きします。ご記入をお願いします。

# 頭痛について

1) いつ頃からですか？

- 本日の ( ) 時から       ( ) 日前から       ( ) 週くらい前から  
 ( ) カ月くらい前から       ( ) 年くらい前から       わからない

2) どのような痛みですか？

- ずきんずきんと頭に心臓があるように脈打つ痛み       バットで殴られたような痛み  
 締め付けられるような痛み       ビリビリと電気が走るような痛み  
 その他 ( )

3) 痛む場所はどこですか？

- 頭の片側       後頭部から首筋・こめかみ       頭の両側       目の奥  
 その他 ( )

4) 痛みの強さの程度はどれくらいですか？

- 今まで経験したことがない人生最大の痛み  
 ひどい時には寝込む、学校・仕事も休んでしまう  
 月15日以上頭痛が3か月以上続いている

5) 頭痛薬を飲まなかった場合、1回の頭痛はどの程度続きますか？

- 一瞬       数分程度       数時間程度       4時間～3日間       4～7日間       7日間以上～毎日

6) 頭痛薬をどのくらい服用していますか？ お薬の名前 ( )

- 服用しない       月10日未満       月10日以上       ほぼ毎日

7) 他に当てはまる症状を選んでください

- なし  
 熱がある ( ) °C       ものが二重に見える       話しづらい       首の後ろに痛みを感じ、首が曲げられない  
 体の感覚が鈍い       手足がしびれる       吐き気・吐いてしまう  
 頭痛の前に視界がチカチカする、フラッシュのような光や、ギザギザした光などが見える  
 光をまぶしく感じる、部屋を暗くしたくなる       音が気になる、音が頭に響く       においが気になる  
 階段の上り下りなど日常的な運動で痛みが強くなる  
 (女性の方へ) 生理周期により頭痛がひどくなる  
 その他 ( )