

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票（頭痛）

フリガナ				生年月日
氏名		男・女	歳	昭・平・令 年 月 日生まれ
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

・（要介護認定をされている方へ）介護保険でリハビリテーションを利用されていますか？ 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日以上以上の頭痛が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 ()