

# 頭痛 問診票

年 月 日

この問診表は以前から頭痛にお悩みの方に記載していただいているものです。  
突然の頭痛で受診された方は記載不要です。

ID

名前

○頭痛はいつ頃から始まりましたか

( ) 歳頃から

○過去3ヶ月間で頭痛はどの程度の頻度で起こっていますか

月に ( ) 回くらい ・ 週に ( ) 回くらい ・ ほぼ毎日

○頭痛が起こったとき、持続時間はだいたいどれくらいでしょうか

( ) 時間くらい ( ) 日間くらい

○下記のような症状があれば印をつけてください

- ( ) 頭痛とともに吐き気がしたり、実際に吐くこともある。  
( ) 頭痛があるときは、静かな暗いところでじっとしていたい。  
( ) 頭痛が起こるとにおい(臭い、匂い)を避けたい。  
( ) 仕事や家事などに支障があり、ひどいときは寝込んでしまう。  
( ) 脈打つようにズキンズキン痛む。 ( ) その頭痛を過去何度か経験している。  
( ) 体を動かすと頭痛がひどくなる。 ( ) 家族に同じような頭痛もちがいる。  
( ) 頭痛が始まる前に視野にチカチカした光が現れる。 ( ) 月経前におこりやすい。

○現在使っている頭痛薬は何という名前で、何錠くらい飲んでいきますか

薬の名前 ( ) 薬の名前 ( )

・月に ( ) 錠くらい飲んでいる ・月に ( ) 錠くらい飲んでいる

・週に ( ) 錠くらい飲んでいる ・週に ( ) 錠くらい飲んでいる

○過去に下記の薬を飲んだことはありますか。あれば効果はどうでしたか(○をつけて下さい)

薬名	効く	効くこともある	効かない	飲んだことがない
アセトアミノフェン(カロナール)				
ロキソニン				
ボルタレン				
ゾルミトリプタン(ゾーミック)				
スマトリプタン(イミグラン)				
リザトリプタン(マクサルト)				
レルパックス				
アマージ				
ミグシス				
テラナス				
デパケン(デパケンR)				
呉茱萸湯				
インデラル				
その他 ( )				