問　診　票　　（頭痛）

診察の前に以下の問診にお答えください

平成　　年　　月　　日

お名前　　様

1　いつから痛みがありますか？

（　　）時間前・（　　）日前・（　　）週間前・（　　）ヶ月前・（　　）年前

2　以前から同じような痛みがありますか？

ない　・　月に数回ある　・　週に数回ある

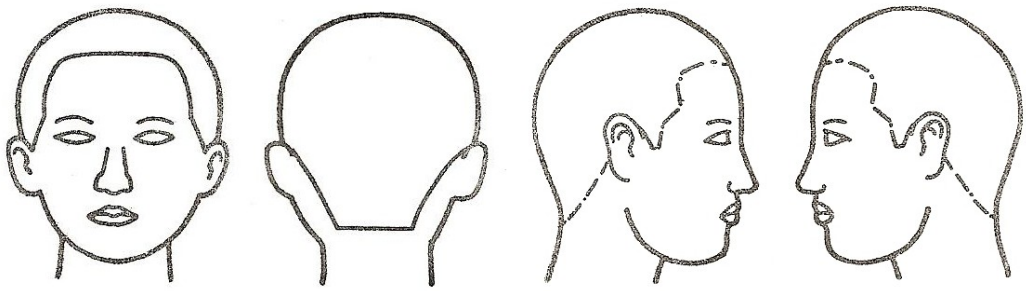
3　頭痛が起こる前兆はありますか？　あれば具体的にお書きください

ない

ストレス　睡眠不足　パソコン操作　アルコール　チョコレート　月経

その他　（　　）

4　下の表の質問に　はい　か　いいえ　でお答えください

		はい	いいえ	
頭痛の直前にキラキラした光が見える	はい　・　いいえ	-3	+1	
頭痛のとき、いつも肩こりがある	はい　・　いいえ	+3	0	
頭の後ろに重い痛みがおこる	はい　・　いいえ	+3	-1	
頭の右または左だけが痛くなる	はい　・　いいえ	-2	+2	
頭痛とともに吐くことが多い	はい　・　いいえ	-2	+1	
頭痛の間、光や音に敏感になる	はい　・　いいえ	-2	0	
+5 以上は緊張型頭痛、+2～-2 は精密検査、-5 以下は片頭痛（作田）				

5　下の図に痛いところを書き込んでください