

● **成人頭痛外来問診票(Ver.8)**

令和 年 月 日 初診

(ふりがな)

- ・ お名前 _____ ・生年月日 _____

・ ご住所 〒(-) _____

・ お電話番号 (ご自宅 _____)(携帯番号 _____) _____

・ 手術を受けたことはありますか？ ・ある(_____) ・なし(_____)

・ 治療中(過去も含め)のご病気はありますか？ ・ある(_____) ・なし(_____)

・ アレルギー(薬含め)はお持ちですか？ ・ある(_____) ・なし(_____)

・ 内服中の薬やサプリメントはありますか？ ・ある(_____) ・なし(_____)

・ 喫煙 (本/日)(吸わない・昔吸っていた) ・飲酒 (毎日・たまに・ほぼ飲まない)

・ ネット検索で来院された方は、検索ワードをお書き下さい(_____)

・ 病院、又はどなたかの勧めで来院されましたか？ (_____)様の勧めで

・ ご家族が当院を受診されたことはありますか？ (_____)様

・ 漢方薬は飲みますか？ (飲む ・ 頑張れば飲む ・ 錠剤なら飲む ・ 絶対に飲めない)

・ 今日のご希望欄にチェックをお願いします。(複数回答可)

☐薬を希望する ☐脳に異常がないかCTで確認したい ☐血液検査 ☐鎮痛点滴

☐スーパーライザー(頭痛・肩こり・目まい・冷え・不眠などへの温める自律神経治療)

☐長年片頭痛で悩んでいるので、片頭痛の予防注射について相談したい

(自由記載: _____)

※今回の頭痛は、これまでに経験したことのない激しい頭痛ですか？（はい・いいえ）

※近親者にくも膜下出血を起こされた方はいますか？ (はい・いいえ)その方との続柄()

※数ヶ月～数年前の一時期、連日同じ側で激痛が続いたことはありますか？ (はい・いいえ)

※1ヶ月で15回以上鎮痛薬を飲んでいますか？(はい・いいえ)

※1ヶ月で15日以上頭痛がありますか？(はい・いいえ)

※頭痛は天気の影響を受けますか？(雨降り前や台風の時・強い日差し・影響なし)

※口が渇いて水をよく飲む方ですか？(はい・いいえ)

※むくみやすいですか？(はい・いいえ) ※汗をかきやすいですか？(はい・いいえ)

※冷え症はありますか？(はい・いいえ) ※冷えるとお腹が痛みますか？(はい・いいえ)

※冬に頭痛は悪化しますか？(はい・いいえ) ※冷房で頭痛は悪化しますか？(はい・いいえ)

※胃は弱いですか？(鎮痛薬で胃を痛めやすい等)(はい・いいえ)

※便秘はありますか？(はい・いいえ)

※気分の波が大きく、落ち込んだりイライラしやすいですか？(はい・いいえ)

※睡眠中の歯ぎしり・食いしぼりを指摘されたことはありますか？(はい・いいえ)

※肩こりや首こりはありますか？(はい・いいえ)

※入浴すると頭痛は軽くなりますか？(軽くなる・変わらない・逆に悪化する)

※親族でうつ病や統合失調症を患った人がいますか？(はい・いいえ)

※過去に1週間以上、極端に睡眠が短かったり気分が高揚した時期があった？(はい・いいえ)

※寝付きが悪い、途中で目が覚めやすい、朝起きるのが辛いなどありますか？(はい・いいえ)

※この1ヶ月間、気分が沈んだり憂うつになったことがありましたか？(はい・いいえ)

※この1ヶ月間、物事に興味がわかず楽しめない感じがありますか？(はい・いいえ)

1.以前から頭痛がある方、いつ頃から始まりましたか？ (【例：小学生の頃から等】)

2.今回の頭痛は、いつ始まりましたか？ (【例：昨日の14時から等】)

3.頭痛の頻度は？(今回が初)・(年に数回)・(月に 回)・(ほぼ毎日→いつから？)

4.今回の頭痛(今痛くない方は、普段の頭痛)は、どのような痛みですか？

(ズキンズキンと脈打つ)・(グッと押される感じ)・(ギュッと締め付けられる感じ)

(短く鋭い痛みが断続的に)・(触れると痛い場所がある)・(自由記載:)

5.どこが痛みますか？

(頭半分)・(眼の奥)・(頭頂部)・(後頭部・首・肩)・(こめかみ)・(全体)・(自由記載)

(吐き気)・(めまい)・(光・音・臭いに過敏)・(涙や鼻水)・(言葉がもつれる)
(片側の手足の動きが鈍くなる)・(音が聞こえにくい、耳鳴りがする)

(日常生活に支障はない)・(日常生活に支障はあるが、我慢している)
(寝込んでしまう)・(動いたら悪化する)・(長引いても3日以内には収まる)

9. 予兆(数時間~数日前から何となく頭痛がきそうな予感)を感じる方は○を付けて下さい。
(肩が凝る・めまい・あくびが連発・疲れやすくなる・甘いものが欲しくなる・光/音過敏)

(睡眠中)・(起床時)・(午前中)・(昼)・(夕方から夜にかけて)・(週末や休日)・(運動後)・(生理前後)

(生理が重い・不規則)・(更年期症状がある→例えば?【 】)
 (経血量が多い)・(もう閉経している→閉経年齢は?【 歳ごろ】)

(睡眠不足・ストレス(仕事・友人関係・家族関係)・飲酒・性行為後・運動後・ワクチン接種
・コロナ感染・その他())

(ものが二重に見える・視力が以前より低下している・視野が狭く感じる・特になし)

()

ひらやま脳神経外科