

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()	
・ 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	
・ 漢方薬は飲めますか？ (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 ☐ 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)	
(ご希望を自由にお書き下さい:)	

※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ある (はい・いいえ)

※1ヶ月で15回以上鎮痛薬を飲んでいる (はい・いいえ)

※頭痛と天候の影響について (雨降り前や台風で悪化・強い日差しに弱い・影響なし)

※口が渇いて水をよく飲む (はい・いいえ) 乗り物に酔いやすい (はい・いいえ)

※冷え症がある (はい・いいえ) お腹が痛くなりやすい (はい・いいえ)

※肉や魚をあまり食べない (はい・いいえ) 起こさなければずっと寝ている (はい・いいえ)

※フラフラしやすい、立ちくらみがある (はい・いいえ) ※「はい」なら3段階血圧測定へ

※眠れない、途中で醒める、朝が起きられない (はい・いいえ) ※「はい」なら3段階血圧測定へ

※スマホやタブレットを長時間観ている (はい・いいえ) 真面目で几帳面 (はい・いいえ)

※学校や友人関係のことで悩みがある (はい・いいえ) 学校に行けていない (はい・いいえ)

1.初めての頭痛は、いつ頃でしたか? (【例：小学校1年生の頃から等】)

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.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)

5.今回の頭痛(今痛くなければ、普段の頭痛)は、どのような痛みですか?

(リズムのある脈打つ頭痛)・(重くしめつけられる頭痛)・(電気が走るような短く鋭い頭痛)
(自由記載)

6.頭痛に伴う症状があれば、○を付けて下さい。

(吐き気)・(光や音、臭いが気になる)・(めまい)・(自由記載)

7.頭痛の前ぶれ(ギザギザの光が見えるなど)はありますか? (はい・いいえ)

8.頭痛の程度について、あてはまる項目に○を付けて下さい。

(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.頭痛がおこりやすい時間帯や状況がありますか?

(睡眠中)・(起床時)・(日中)・(夕方から夜)・(週末や休日)・(運動中・運動後)・(生理前後)
(自由記載)

10.今まで使った薬と、その効果についてお書き下さい。(例:イブは効く、等)

()

血圧3段階測定 臥位(BP / ・HR) 坐位(BP / ・HR) 立位(BP / ・HR)

マイナ保険証による情報取得に同意しますか? ☐ はい ☐ いいえ
正確な診療情報の取得・活用のため、マイナ保険証の利用にご協力頂いております。