

かるがも藤沢クリニック 頭痛問診票

お名前: _____

※10歳以上の方はお子さんが答えてください

1. 頭痛はいつ頃から始まりましたか？（例：3年前より、5歳より、3日前 など）

（ ）

2. 頭痛の頻度はどれくらいですか？

☐ 1年に数回 ☐ 1か月に数回 ☐ 1週間に1～2回 ☐ ある時期はほぼ毎日

☐ その他（ ）

3. 痛みはどのくらい続きますか？

☐ 1時間以内 ☐ 数時間 ☐ 約1日 ☐ 数日間 ☐ その他（ ）

4. 最も起こりやすい時間帯や環境はありますか？

（ ）

5. 頭のどこが一番痛みますか？

☐ 片側 ☐ 全体 ☐ 両方のこめかみ ☐ 後頭部や首 ☐ 目の奥 ☐ 顔面

☐ その他（ ）

6. どのような痛みですか？

☐ ズキンズキンと脈打つ痛み ☐ 締めつけられるような痛み

☐ 眼をえぐられるような痛み ☐ 殴られたような痛み

☐ その他（ ）

7. どの程度の痛みですか？

☐ じっとしていられず、頭をかかえて転げまわるくらい

☐ 寝こんだり、何もせずじっとしていたりしたい

☐ 我慢できるけれど痛い

