

◆初めて頭痛を自覚したのはいつですか？ ( )歳頃 ( )日前 ( )ヶ月前 ( )年前
◆痛い場所はどこですか？ □頭全体 □後頭部 □側頭部( 右・左・両側 ) □おでこ( 右・左・両側 ) □こめかみ( 右・左・両側 ) □目の奥( 右・左・両側 ) □その他( )
◆痛みの性状はどのようなものですか？ □突然の痛み □ズッキンズッキンと脈を打つような □ビリビリと電気が走るような □締め付けられるような □天気に関連 □生理周期に関連 □その他( )
◆頭痛の頻度はどの位ですか？ ( )ヶ月に( )回 ( )週に( )回 ほぼ毎日
◆頭痛はどの位続きますか？ ( )分 ( )時間 ( )日 ( )週間
◆頭痛の前に目がチカチカしたり、ぼやけたりすることがありますか？ □いいえ □はい(症状出現後、頭痛が出るまでの時間: )分)
◆頭痛に伴う症状はありますか？ □ない □ある ある場合: □肩こり □吐き気 □嘔吐 □めまい □頭を動かすと痛みが増す □涙が出る □鼻水が出る(透明・黄色) □生理痛 □その他( )
◆頭痛に伴い普段は気にならない光が気になりますか？ □ない □まれにある □時々ある □常にある ある場合: □太陽光 □蛍光灯 □テレビの画面 □その他( )
◆頭痛に伴い普段は気にならない音が気になりますか？ □ない □まれにある □時々ある □常にある ある場合: □テレビ □話し声 □泣き声 □雑踏音 □その他( )
◆頭痛に伴い普段は気にならないにおいが気になりますか？ □ない □まれにある □時々ある □常にある ある場合: □タバコ □食べ物 □汗 □アルコール □その他( )
◆ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？ □いいえ □はい(続柄 )
◆頭痛のとき日常生活に支障をきたしますか？ □いいえ □はい はいの方: □学校や仕事を休んだ □保健室で寝たり早退した □家事や仕事に横になった □我慢して仕事や勉強をした □予定をキャンセルした □出来れば寝ていたい □じっとしている □やる気が出ない □その他( )
◆これまで頭痛薬は飲んでいましたか？ □いいえ □はい はいの方: □バファリン □ロキソニン □カロナール □イブ □ゾーミグ □イミグラン □レルパックス □マクサルト □その他( )
◆現在、どの頭痛薬を飲んでいますか？ 常備薬( ) 使用頻度(月に )回程度)
◆これまで頭痛で頭の検査を受けたことがありますか？ □いいえ □はい( CT・MRI )