

## 頭痛問診票

### 1) いつ頃からですか？

- 本日の ( ) 時から
- ( ) 日前から
- ( ) 週くらい前から
- ( ) ヶ月くらい前から
- ( ) 年くらい前から
- 分からない

### 2) どのように始まりましたか？

- 突然出始めた (それまで何も痛みがなかったのが、ある瞬間を境にいきなり痛みがで始めた)
- 急にで始めた (数分で痛みがピークに達した)
- 徐々にで始めた (気がついたら痛みが出ていた)
- 分からない
- その他 ( )

### 3) 症状は良くなっていますか？悪くなっていますか？

- 悪くなり続けている
- 良くなってきている
- 程度はずっと変わらない
- 良くなったり悪くなったりしている

### いつもと同じ性質の頭痛ですか？

- はい  いいえ

### 4) どのような痛みですか？

- ズキズキとした痛み
- バットで殴られたような痛み
- しめつけられるような痛み
- ピリッと電気が走るような痛み
- その他 ( )

### 5) 痛みの強さはどうですか？

- 今まで経験したことがない人生最大の痛み
- 我慢できないほどの痛み (人生最大ではない)
- 我慢できるほどの痛み
- 違和感程度
- 分からない
- その他 ( )

### 6) 痛みはどの程度続きますか？

- 一瞬  ( ) 分程度  ( ) 時間程度  ( ) 日程度  分からない

### 9) 他に当てはまる症状を選んでください

- なし  熱 ( ) °C  ものが二重に見える  話しづらい  吐き気  嘔吐
- 首の後ろに痛みを感じ、首が曲げられない  意識が朦朧とする  体の感覚が鈍い
- 手足が痺れる  目の痛み  視力障害  首こり・肩こり  光をまぶしく感じる
- 音が気になる・音が頭に響く  その他 ( )

### 10) 本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

