

問診表

フリガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒	身長	cm	利き手	右・左
		体重	kg	職業/学年	
電話番号	(自宅)	緊急 連絡先	(電話番号)		
	(携帯)		(お名前) (続柄:) ※ ご本人につながらない場合等に、ご連絡させていただきます		

1. お困りの症状をすべて教えてください

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> まぶたの痙攣
<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 手足・顔の震え	<input type="checkbox"/> 手・足のしびれ	<input type="checkbox"/> しゃべりづらい	<input type="checkbox"/> 転びやすい	<input type="checkbox"/> 歩行障害
<input type="checkbox"/> 脚のむずむず	<input type="checkbox"/> 力が入りにくい	<input type="checkbox"/> 頭をぶつけた	<input type="checkbox"/> その他症状 ()		

2. その症状はいつごろからですか？

今回が初めて () 頃から 他院で治療中 (他院の診断名:)

3. 今までに指摘された病気はありますか？

特になし

<input type="checkbox"/> 脳疾患 ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 喘息・小児喘息
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 ()	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 精神疾患 ()	<input type="checkbox"/> 無呼吸症候群	<input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 現在までに手術歴はありますか？

なし あり ()

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり () お薬手帳持参

6. 現在まで「アレルギー」や「副作用の出たお薬」はありますか？

なし あり ()

7. 生活習慣について

たばこ : 吸わない 1日 本 (年前から) 吸っていた (歳まで 本)

お酒 : 飲まない 飲む (毎日) 週に数回 付き合い程度

8. 女性の方は該当する項目に をしてください。

① ピルの内服 なし あり ()

② 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 (ヶ月) 授乳中

9. 介護に関する質問です。該当する場合、お答えください。(当てはまる箇所に と ○ を記入してください)

①介護認定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請予定	<input type="checkbox"/> 要支援 (I・II)	<input type="checkbox"/> 要介護 (I・II・III・IV・V)
②歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 歩行介助	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす (常時・外出時のみ)
③デイサービス利用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 週に 回 (施設名:)		
④施設入所	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (施設名:)		

頭痛外来 問診表①

以下の問いには複数当てはまる場合、複数の丸を書いてください。

名前 (歳)

1. 頭痛はいつ頃からありますか？

今日 ・ 昨日 ・ 1週間前 ・ 1か月前 ・ 半年前 ・ 1年前 ・ 10年以上前

2. 慢性的な頭痛はありますか？

なし ・ あり (回 / 月)

3. どんな痛みですか？

脈打つような	締め付けられるような 押さえつけられるような	電気が走るような 刺されるような	ハンマーで 殴られたような	その他
				頭全体が重たい 目の奥が痛い 割れそうに痛い 爆発するような痛み
ズキン ズキン	ギュー 重苦しい	スキッ スキッ チクーン	1分以内に 最大の痛みになる	

4. 痛みの程度、症状の強さ、症状のつらさはどれくらいですか？

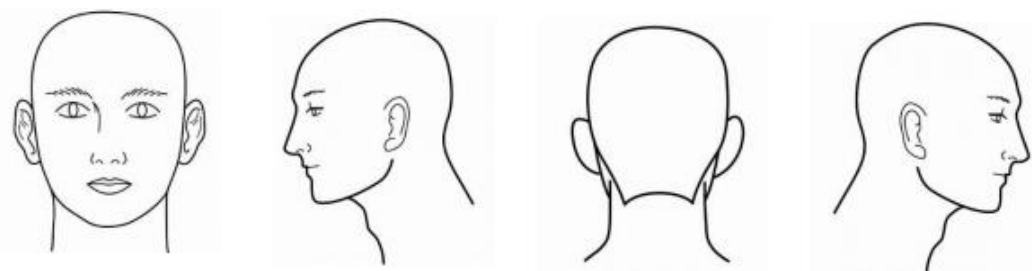
(1) 『0～10』のどのくらい痛みますか？



(2) 身体を動かすと悪化しますか？ 【 しない ・ する ・ 寝込む ・ 寝ていると頭痛が楽になる 】

(3) いつもと違う頭痛ですか？ 【 いつもと同じ ・ いつもとは違う 】

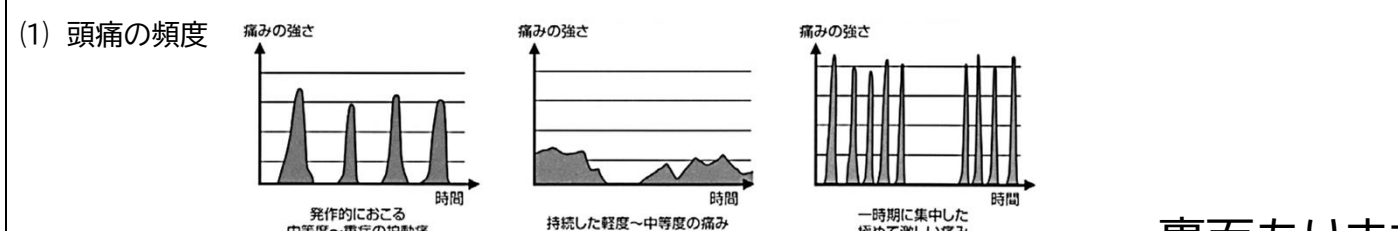
5. どこが痛みますか？



6. いつ頃痛くなりますか？

朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜 ・ いつも








7. 頭痛の頻度、程度は？



(2) 頭痛の持続時間 (数秒 ・ 数分 ・ 数時間 ・ 数日 ・ 1か月以上持続)

裏面あります
➔

頭痛外来 問診表②

8. 頭痛があるときに吐き気がありますか？
ない ・ ときどきある ・ ある
9. 頭痛の前ぶれはありますか？
(1) ない ・ ときどきある ・ ある
<div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="width: 15%;"> <p>肩こり</p>  </div> <div style="width: 15%;"> <p>空腹感</p>  </div> <div style="width: 15%;"> <p>あくび</p>  </div> <div style="width: 15%;"> <p>閃輝暗点</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>ミラーボール様 (切子様)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ギザギザ模様 (ガラスの破片様)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>モザイク様</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>対象が光って見える、 光の点・線が見える</p> </div> </div>
(2) 頭痛がある時に、光がまぶしく感じたり、音がうるさく感じたり、臭いが嫌だと感じますか？ (頭痛の時には暗い所にいるのが楽、テレビやスマホ画面を見るのが辛い)
いいえ ・ はい
10. どのような頭痛薬を服用していますか？
服用していない 服用している [薬の名前 : _____] [使用頻度 : _____ 回/月 ・ _____ 回/日]
11. ご家族に頭痛持ちの方はいますか？
いいえ ・ はい (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 : _____)
12. ご家族にくも膜下出血や脳の病気の方はいますか？
いいえ ・ はい (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 / 病名 : _____) (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 / 病名 : _____)
13. 健康診断等で、腎臓・肝臓、心筋梗塞・狭心症の疾患を指摘されたことはありますか？
いいえ ・ はい (病名 : _____)
14. 頭痛の原因となったストレスはありますか？
ない ・ 職場や仕事 ・ 学校 ・ 子育て ・ 介護 ・ 睡眠不足 ・ (その他 : _____)
15. スマートフォンやゲームは長時間しますか？
いいえ ・ はい (30分以内 ・ 1~6時間 ・ それ以上)
【女性の方】 生理の前後で頭痛がひどくなりますか？ (酷くならない ・ 酷くなる ・ 閉経 ・ 初潮前)
先生に伝えたいことがありましたら、ご記入ください。