

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 】

お名前：

(男 ・ 女) 年齢

下記の質問について、該当するものに○印、もしくは () 内にご記入ください。

1. いつ頃から頭痛を自覚していますか？ (生まれて初めて頭痛を自覚した 年齢 や 時点 を記入してください)
() 歳頃から ・ () 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から
2. どのあたりが痛くなりますか？ (まず、 <u>痛む側</u> を、その後、 <u>痛む場所</u> を記入してください)
右 ・ 左 ・ 両側 : [おでこ ・ 目の周囲 ・ 目の奥 ・ コメカミ ・ 頭頂部 ・ 耳の上 ・ 耳の後ろ ・ 後頭部 ・ 首筋 ・ 頭全体 他 ()]
3. どのように痛くなりますか？
締め付けられる ・ ギューッと押される ・ 脈を打つような (ズッキンズッキン ・ ドクンドクン) ・ 全体が重い 電気が走るような (チクチク・ズキズキとした瞬間的な痛み) ・ 割れそうに ・ 他 ()
4. 頭痛の頻度はどのくらいですか？
() カ月に () 回位 ・ () 週間に () 回位 ・ ほぼ毎日 (日 ・ カ月 ・ 年) 前から
5. 頭痛はどのくらい続きますか？
() 時間位で治まる ・ () 日位で治まる ・ () 週間位 ・ ずっと続いている
6. 頭痛のときの症状で、痛み以外にはどのようなものがありますか？
ない ・ ある : [肩こり ・ 吐き気がする ・ 嘔吐 ・ 階段昇降や頭を動かす動作で痛みが増強する ・ 生理痛 涙が出る ・ 鼻水が出る (黄色 ・ 透明) ・ 落ち着きがない ・ めまい (クラクラ ・ フワフワ ・ 天井が回る)]
7. 頭痛に伴い、普段は気にならない <u>光をまぶしく</u> 感じる ことがありますか？ また、それはどのような光ですか？
ない ・ 稀にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合 : [太陽 ・ 蛍光灯 ・ テレビ画面 ・ パソコン画面 ・ 他 ()]
8. 頭痛に伴い、普段は気にならない <u>音をうるさく</u> 感じる ことがありますか？
また、それはどのような音ですか？ ない ・ 稀にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合 : [テレビ ・ 話し声 ・ 泣き声 ・ 雑踏音 ・ ハイヒールで歩く音 ・ 他 ()]
9. 頭痛に伴い、普段は気にならない <u>匂いを嫌だと感じる</u> ことがありますか？
また、それはどのような匂いですか？ ない ・ 稀にある ・ 時々ある ・ 常にある ある場合 : [タバコ ・ 香水 ・ 食べ物 ・ 汗 ・ アルコール ・ 他 ()]
10. ご家族に頭痛持ちはいらっしゃいますか？
いいえ ・ はい : [父親 ・ 母親 ・ 娘 ・ 息子 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 叔父 ・ 叔母]
11. 頭痛の前に、目の前がチカチカしたり、ぼやける ことがありますか？ また、その症状が始めてから頭痛が起こるまでにはどのくらいかかりますか？
いいえ ・ はい : [内容 : _____ ・ 頭痛が始まるまでの症状持続時間 () 分]
12. 頭痛のとき、どのような日常生活に支障をきたしますか？
学校や仕事を休んだ ・ 保健室で寝たり、早退をした ・ 家事や作中に横になった ・ 我慢して仕事や勉強をした ・ 予定をキャンセルした 休みの日は寝ていたい ・ できれば寝ていたい ・ じっとしている ・ やる気が出ない
13. これまで頭痛薬は飲んでいましたか？ (複数選択可)
いいえ ・ はい : [パファリン ・ イブ ・ ナロンエース ・ セデス ・ ノーシン ・ ロキソニン ・ カロナール ・ アスピリン ・ S G 顆粒 イミグラン (注射 ・ 点鼻 ・ 錠剤) ・ ゴーミグ ・ レルパックス ・ マクサルト ・ アマージ ・ 他 ()]
14. 現在は、どの頭痛薬を 1 カ月に何日程度お飲みになりますか？
常備薬 : () ・ 1 カ月に () 日程度服薬
15. これまでに頭痛で、他の医療機関にかかったことがありますか？ また、頭痛で、頭部検査を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい ある場合 : [頭部 C T ・ 頭部 M R I ・ 頭部 M R A ・ 脳波検査 ・ 不明] 検査時期 : () 年前 ・ () カ月前

ご記入ありがとうございました。以上でアンケートは終了です。