

頭痛外来 問診票

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年 月 日 歳

1. いつ頃から頭痛に悩まされるようになりましたか？

西暦 年 月 日 頃から

2. 頭痛と一緒に起こる症状はありますか？

例) 肩こり・吐き気・めまい・目の充血 等

()

3. 痛む場所はどこでしょう？

・片側の目の奥 (右・左) ・頭の片側 (右・左) ・頭の両側

・頭全体 ・前頭部 ・頭頂部 ・後頭部 ・首筋

・その他 ()

4. どのような痛みでしょう？

例) ドクドク脈打つような感じ・締め付けられる感じ・全体に重い感じ

・キリキリ刺し込む感じ

()

5. 頭痛の頻度はどれくらいでしょう？

・ほぼ毎日 ・週に2から3回 ・月に1から2回 ・数か月に1回

・ある時期に集中しておきる

・その他 ()

6. 今までに頭痛を理由に病院を受診したことはありますか？

はい ・ いいえ

7. 現在頭痛のために服用しているお薬はありますか？

()

8. 頭部の MRI 検査・CT 検査を実施したことはありますか？

はい (CT ・ MRI) (西暦 年 月頃) ・ いいえ

総泉病院頭痛外来

20200108SKI