駒込かせだクリニック

記入日　　年　　月　　日

頭痛外来 問診票

※ あてはまるものに☑をつけ、空欄には記入してください。

（ふりがな）	
お　名　前	
生年月日・性別	昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）・☐ 男　☐ 女
住　　所	〒
電話番号	自宅：　　携帯：

頭痛が気になり始めた時期	☐ 今回が初めて　☐　　歳の頃から
頭痛の頻度	☐ ほぼ毎日　☐ 週数回　☐ 月数回　☐ 年に数回
1 回の持続時間	☐ 数十分　☐ 1〜3 時間　☐ 半日程度　☐ 丸一日　☐ 数日　☐ 一週間
痛みの程度・強さ	☐ 生活には支障がない（軽度） ☐ 痛み止めを飲めばなんとかなる（中等度） ☐ 仕事や家事・学校を休む（強度） ☐ 寝込むような強い頭痛（強度） ☐ 痛みは変動する

痛みの種類 （複数可）	☐ ①脈打つような  	☐ ②締付けられるような 押さえられるような  	☐ ③電気が走るような 刺されるような  	☐ ④ハンマーで 殴られたような  	☐ ⑤その他 頭全体が重い 眼の奥が痛い 割れそうに痛い 爆発するような痛み
痛む場所 （複数可）	☐ 頭全体　☐ 前頭部　☐ 側頭部　☐ 後頭部　☐ 肩〜首にかけて				
頭痛が起こりやすい状況 （複数可）	☐ ストレスがかかったとき　☐ 睡眠不足や寝すぎのとき　☐ 気候・天候の変化 ☐ よく晴れて眩しいとき　☐ アルコールを飲んだとき　☐ 月経のとき ☐ 週末や休日　☐ その他（　　）				

裏面もご記入ください

頭痛時の随伴症状（複数可）	☐ 吐き気・嘔吐感　☐ 鼻水・鼻づまり　☐ 肩こり　☐ 流涙・目の充血 ☐ 眩しさ・音・匂いに過敏　☐ 倦怠感　☐ 特になし
頭痛の前触れ（複数可）	☐ 肩こり　☐ 空腹感　☐ あくび　☐ 閃輝暗点　☐ ミラーボール様（切子様）　☐ ギザギザ模様（ガラスの破片様）　☐ モザイク様　☐ 対象が光って見える、光の点・線が見える 
頭痛薬の服用	☐ 服用していない　☐ 服用している　→薬の名前：
服用頻度	月　　回
頭痛の家族歴	☐ いる（　　）　☐ いない

アレルギー	食べ物・薬　☐ あり（具体的に：　　）　☐ なし
喫　煙	☐ 喫煙する（1 日約　　本、　　年前から）　☐ 喫煙しない
飲　酒	☐ 飲酒する（種類：　　量：　　ml・本/日）　☐ 飲酒しない
近親者の病歴	☐ あり（例 父：糖尿病など →　　）　☐ なし

半年以内の健診受診【40～76 歳未満の方】	☐ 受診あり　☐ 受診なし　☐ 該当年齢外
介護認定の有無【40 歳以上の方】	☐ なし　☐ 非該当　☐ 自立　☐ 要支援 1　☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1　☐ 要介護 2　☐ 要介護 3　☐ 要介護 4　☐ 要介護 5
明細書・領収書の発行	☐ 簡易（点数と金額のみ）　☐ 詳細（検査項目名まで記載）
当院をお知りになったきっかけ	☐ ホームページ　☐ 知人・家族の紹介　☐ 近所だから ☐ その他（　　）

気になること・医師への申し伝え	

※ご協力ありがとうございました。受付にお渡しください。