

問診票（頭痛）

ID：

フリガナ		生年月日		年齢
お名前	(男・女)	昭・平・令	年 月 日	歳
住所	〒			
携帯番号	- -	自宅番号	- -	
仕事柄	デスクワーク・立ち仕事・力仕事・その他()			
血压	血压計で測定していただき、受付に用紙をお渡しください。	握力	※後で測定いたしますので、記入しないでください。 右 左	

● 今回の頭痛が一番最初に出たのは、何日頃ですか？また、どのような症状がありますか？

()日から 1週間前 一週間以上前 その他()

● 元々頭痛持ちですか？

いいえ はい → 初めて頭痛症状が出たのは、何歳ごろですか？()

● 頭痛の起こる頻度はどのくらいですか？

ほぼ毎日 1週間に()回 1か月に()回 その他()

● 痛みの強さはどの程度ですか？

日常生活に支障はない(軽度) 痛み止めを飲めばなんとかなる(中等度)
 仕事や家事、学校を休むことがある(強度) その他()

● 今回の症状で他の病院にかかれたことはありますか？

いいえ はい 病院名() いつ頃()

● 普段飲んでいる痛み止め(市販薬も含む)はありますか？

いいえ はい 薬品名()

● お薬や食品のアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬品名や食べ物名()

● 血縁者に脳疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

いいえ はい 続柄(父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹)

● 手術をされたことはありますか？

いいえ はい 部位() いつ頃()

● 体内にペースメーカーや、金属は入っていますか？(銀歯など、歯の詰め物は除く)

いいえ はい

● 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？

いいえ 妊娠中()か月 妊娠の可能性あり 授乳中