頭痛外来　問診票

記入日　　年　　月　　日

氏名　　様　　歳　　血圧:　　/

・今までに頭痛治療を受けたことはありますか？　　なし ・ あり

・現在頭痛の投薬を受けていますか？　なし ・ あり　↓薬品名を記入ください。

・中等度以上の頭痛の頻度は？

①＿＿＿回/週　または　②＿＿＿回程度/月　③ それ以下

・軽度の頭痛の頻度は？

①＿＿＿回/週　または　②＿＿＿回程度/月　③ それ以下

・痛みの場所や痛みのタイプは毎回違いますか？　　同じ　・　違う

・頭痛の時には何を内服していますか？

・頭痛に前兆はありますか？　　なし ・ あり

・睡眠時間はどのくらいですか？　　時間位

・寝つきと安眠の度合いは十分ですか？　十分 ・　不十分

・現在大きなストレスを抱えていますか？　特になし ・　抱えている

・現在服薬・治療している病気があれば〇をつけてください

心臓病 ・ 高血圧 ・更年期障害 ・心療内科系 ・ 婦人科系 ・ 甲状腺
睡眠障害 ・ 脳腫瘍 ・ がん ・ てんかん ・ 脳血管障害
糖尿病 ・ リウマチ ・ 膠原病 ・ 高脂血症 ・ 痛風
その他（　　）

現在服用している薬があれば薬の名前を記入ください↓