

## 頭痛チェックシート

<頭痛が気になるのはいつ頃からですか？>

\_\_\_\_ 歳頃から  \_\_\_\_ 年前から  最近に症状が出た \_\_\_\_\_ から

<頭痛はどれくらいの周期で起こりますか？>

毎日のように起こる \_\_\_\_\_ 程前から  時々起こる \_\_\_\_\_ ヶ月に \_\_\_\_\_ 回くらい

今回が初めて(めったに起こらない)  1年に \_\_\_\_\_ 回くらい

<頭痛はどれくらい続きますか？>

数秒  数分  数時間  1～3日  1週間以上

<痛みの場所はどこですか？>

こめかみ  目の奥  後頭部  頭全体  その他 \_\_\_\_\_

<どのような痛みですか？>

突然の激痛  ドクドク脈打つ  締め付けられる  鈍く重い

熱(顔のほてり)がある  頭・顔に電気が走る  その他 \_\_\_\_\_

<日常生活への支障はありますか？>

生活に支障がない  鎮痛剤を飲めば軽快して過ごせる

仕事や家事、学校を休むことがある  その他 \_\_\_\_\_

<頭痛の時に随伴する症状はありますか？>

吐き気・吐く  まぶしさ・音・においなどに敏感  涙がでる・充血

首・肩のコリ  鼻づまり  めまい  耳鳴り  目の前がチカチカする

手足のしびれ  ろれつが回らない  歯痛  その他 \_\_\_\_\_

<どんな時に頭痛が起きますか？>

ストレスの最中  作業が一段落したとき  睡眠不足  運動後

食後  寝起き  入浴後  天候が変化したとき  生理の前後

その他 \_\_\_\_\_

<頭痛が楽になる条件はありますか？>

寝ている(安静にしている)  活動(仕事や運動)する

温める(入浴する)  患部を冷やす  その他 \_\_\_\_\_

<交通事故や持病>

- 交通事故・ケガの既往 歳頃\_\_\_\_\_
- 高血圧 糖尿病 その他の持病\_\_\_\_\_

<生活習慣>

- 喫煙 1日\_\_\_\_本 飲酒\_\_\_\_\_ コーヒー 1日\_\_\_\_杯
- お菓子や甘いもの\_\_\_\_\_ その他の嗜好品\_\_\_\_\_
- ストレスなど\_\_\_\_\_
- 定期的な運動\_\_\_\_\_ 睡眠時間\_\_\_\_\_ 趣味\_\_\_\_\_
- パソコンやスマホの操作 1日\_\_\_\_\_時間くらい

<通院歴>

- \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 または \_\_\_\_\_年程前に受診
- 病院名\_\_\_\_\_ 診断名\_\_\_\_\_
- 医師の所見など\_\_\_\_\_
- 血液検査 レントゲン CT MRI その他\_\_\_\_\_

<整骨院・鍼灸院 整体・マッサージなど>

- 今回が初診 受けたことがある \_\_\_\_\_くらい前
- その院での所見\_\_\_\_\_

<服薬状況>

- 薬やサプリメントを飲んでいる
- どのようなお薬ですか?(わかる範囲で)
- \_\_\_\_\_

<その他に何かあればご記入ください>