

● 今回の頭痛はどのような頭痛ですか？

- A.今まで経験したことのないような頭痛 B.いつもとは違う頭痛
C.いつもある頭痛（頭痛持ち） D.月15日以上 of 頭痛が3ヶ月以上続いている

● 頭痛はどのぐらいの頻度で起こりますか？（複数選択可）

- 1.今回が初めて 2.年数回 3.月数回 4.週数回 5.ほぼ毎日

● 頭痛薬を飲まなかった場合、1回の頭痛の持続時間はどのくらいですか？

- 1.数秒間 2.数分間 3.数時間 4.4時間以上～3日程度
5.3日～1週間 6.1週間以上

● 頭痛薬をどのくらい服用していますか？ お薬の名称（ ）

- 1.服用していない 2.月10日未満 3.月10日以上 4.ほぼ毎日

● 頭痛の直前に、目の前にギザギザがでたり、文字が見えにくくなったりすることはありますか？

- 1.はい 2.いいえ

● 痛む場所はどこですか？（○はいくつでも可）

- 1.頭の片側 2.後頭部から首筋、こめかみ 3.頭の両側 4.眼の奥

● 痛みはどのような感じですか？（○はいくつでも）

- 1.「ズキンズキン」「ズキズキ」「ドクドク」等と脈打つような痛み
2.はちまきで締め付けられたような、重りで押さえつけられたような痛み
3.肩から頭にかけて、凝ったように痛い
4.だらだらと痛みが持続する
5.キリキリと刺すような痛みが、時間をおいて繰り返し起こる

● 痛みの程度はどのくらいですか？（○はいくつでも）

- 1.ひどい時には寝込む、何もできない
2.じっとしていたい
3.我慢できる（仕事、家事等はなんとかできる）

● 次のようなことをした時に、頭痛がひどくなったことはありますか？（複数可）

- 1.入浴
2.身体を動かした時
3.特定の動作でひどくなることはない

● 以下のようなことが頭痛と一緒に起こることがありますか？（複数可）

- 1.吐き気がする（吐いてしまう）
2.音に敏感になる（音が気になる、音があたまたに響く、静かな部屋にいたい）
3.光に敏感になる（光が気になる、光が眩しく感じる、暗い部屋を好む）
4.目の奥や頭皮、腕の皮膚の違和感（目を使った後、洗顔や洗髪、髪をとく際）

スタッフ記入欄

頭痛 (A B C D E)

(M T C O S)