頭痛外来問診用紙

フリガナ
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　才）

1.　頭痛に悩まされるようになったのはいつ頃からですか？

2.　今までに頭痛を理由に病院を受診したことがありますか？
　　・はい　　・いいえ

3.　頭のMRI検査をされたことがありますか？　・はい　・いいえ
　はいの方、それはいつですか？

4.　頭痛の頻度はどれくらいですか？
　・ほぼ毎日　　・週に２～３回　　・月に１～２回
　・数ヶ月に１回　　・ある時期に集中しておきる
　・その他（　　）

5.　どのような痛みですか？
　・ドクドク脈打つような感じ　　・キリキリ刺しこむ感じ
　・締め付けられる感じ　　・全体的に重い感じ
　・その他（　　）

6.　どの辺りが痛みますか？
　・片側の目の奥（右・左）　　・頭の片側（右・左）　　・頭の両側
　・頭全体　　・前頭部　　・頭頂部　　・後頭部　　・首すじ
　・その他（　　）

7.　頭痛と一緒に起こる症状はありますか？
　　例：吐き気・肩こり・めまい・目の充血 等

8.　現在頭痛の為に服用しているお薬はありますか？

9.　異常がある可能性が低くても念のための画像検査(頭部MRI MRA)を
ご希望ですか？　・はい　　・いいえ
　　・相談して決めたい

銀座内科・神経内科クリニック　Ginza Neurological Clinic