

# 頭痛外来 初診問診票(一例)細谷クリニック

## 1. ご来院の経緯

- 昔からの頭痛を相談したい
- 最近、急に頭痛がひどくなった
- 今飲んでいる薬が効かない
- 最新の治療(注射薬など)について聞きたい
- その他( )

## 2. 頭痛の「場所」と「痛み方」について

- 場所はどこですか?  片側だけ  両側  後ろ側  目の奥  全体的に
- どんな痛みですか?  ズキンズキンと波打つ感じ  締め付けられる感じ  重苦しい感じ
- 痛みの強さは?(0~10の11段階、0がなし、10が経験最大の痛み)  くらい

## 3. 頭痛に伴う「他の症状」はありますか?(複数回答可)

- 吐き気がする・実際に吐いてしまう
- 光がまぶしく感じる
- 音がうるさく感じる(響く)
- 特定の匂いが嫌だと感じる
- 体を動かすと痛みが強くなる
- 頭痛の前に「ギザギザした光」や「目がチカチカする」予兆がある

## 4. 頭痛の「頻度」と「タイミング」について

- 月に何回くらい起きますか?  くらい
- 一度起きると、どのくらい続きますか?  くらい ※数日間続く場合:[ ]日間程度続く
- 起きやすいタイミングはありますか?(複数回答可)  
 朝起きた時  夕方  週末(休日)  低気圧・雨の前  生理前後

## 5. 生活への影響と現在の対応

- 頭痛が起きた時、どうしていますか?  
 仕事や学校、家事を休んで寝込む  
 なんとか我慢して動いているが、効率は半分以下になる  薬を飲めばいつも通り動ける
- 今使っているお薬はありますか?  
 市販薬(製品名: ) 頻度:月に( )回くらい  
 他院での処方薬(薬の名前: )  
→そのお薬の効果はどうですか?  
 よく効く  効くまでに時間がかかる  あまり効かない

## 6. その他(医師に伝えておきたいこと)(例:CT検査を希望する、家族に頭痛持ちがいる、など)