

# 頭痛問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入) ( )℃		<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) 頭痛はいつからありますか？

( 年 月 日 ) 前から ・ ( ) 歳ごろから

2) 痛む場所はどこですか？(複数選択可)

- 右側    左側    額    こめかみ    頭頂部  
目の奥    後頭部    首筋    耳の上 耳の後ろ  
場所が移動する    その他 ( )

3) 頭痛の性状はどんな感じに近いですか？

- ズキズキ    ジンジン    ガンガン    ズーン    ビリビリ  
ビリビリ    その他 ( )

4) 頭痛が起きる前後で他の症状はありますか？

- 吐き気・嘔吐    めまい    肩こり    涙が出る    生理痛

5) 痛みはどのくらいの頻度でどのくらい続きますか？

( 分・時間・日 ) の頻度で ( 秒・分・時間・日 ) 続く

6) 頭痛はどのような時に起きやすいですか？

( 時頃 ) ・ ( ) をしているとき ・ 後

7) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

はい (病名 )    いいえ

8) 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)

はい (お薬名 )    いいえ

9) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (お薬名 )    いいえ

10) お酒やたばこは嗜みますか？

タバコ： 吸わない    吸う 1日 ( ) 本 × ( ) 年

お酒： 飲まない    飲む 週 ( ) 日 種類・量 ( )

カフェイン： 飲まない    飲む 1日 ( ) 杯 種類・量 ( )

11) (女性の方のみ) 妊娠中ですか？

いいえ    妊娠が否定できない    妊娠中 ( ) 週    授乳中

12) (マイナ保険証を用いる場合)マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

はい    いいえ

ご協力ありがとうございました。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。