

総合小児科 頭痛問診票

ver 1.1

お名前_____ 男・女 年齢_____歳

記入日 20 年 月 日

当てはまるものに○をつけて下さい。当てはまるものがたくさんある時はいくつでも○をつけて下さい。()内を書いて下さい。

1. いまのタイプの頭痛はいつごろから始まりましたか？ ()
2. 1回の頭痛はどのくらい続きますか？
1) 2時間未満、2) 2~3時間、3) 4時間~半日、4) 1日、5) 数日、6) 持続的
3. 一日のうちでは、いつが一番痛みますか？
1) 朝、2) 日中、3) 夜、4) 夜寝ている時、5) 午前、6) 午後、7) その他
4. 頭痛の起こる回数は、だいたい次のどれですか？
1) ほぼ毎日、2) 週に数回、3) 月に数回、4) 年に数回、5) その他()
5. おもにどのへんが痛みますか？
1) 左、2) 右、3) 左右それぞれ、4) 頭全体、5) 首すじ
6) 前、7) 後ろ、8) こめかみ、9) 目のあたり、10) てっぺん、11) ハチマキ
6. どのような頭痛ですか？
a. 性質：1) ズキズキ、2) ガンガン、3) 重苦しい、4) しめつけ、5) ちくちく、
6) その他()
b. 強さ：1) がまんできない、2) なんとかがまんできる、3) たいしたことない
c. 起こり方：1) とつぜん、2) わりと急に、3) いつも知れず、4) なんとなくわかる
7. 頭痛が起こった時に一緒に起きることはありますか？
1) 気持ち悪くなる、2) 肩がこる、3) はいたことがある、4) 光がまぶしく感じる、
5) 音がうるさく感じる、6) その他()
8. 頭痛が起こる時に前ぶれはありますか？
1) 目の前が急に暗くなりピカピカ、チカチカする、2) 不機嫌になる、3) 顔色が悪くなる、
4) 物が見えにくくなる、5) まわりがぐるぐる回って見える、6) 耳鳴りがする、
7) 意識がぼんやりする、8) その他()
9. 思い当たる頭痛の原因はありますか？
1) ストレス、2) つかれ、3) すいみん不足、4) 不安、5) 人ごみ、6) 天候、7) 運動、
8) 食物、9) におい、10) その他()、11) ない
10. 頭痛が起こった時はどうしていますか？
1) 気にならないので何もしない、2) 気になるが何もしない、3) 冷やす、4) 温める、
5) 薬をのむ、6) 横になる、ねる、7) その他()

11. 頭痛に対して今まで受けた検査はありますか？

1) 頭部 CT、2) 頭部 MRI、3) 脳波、4) その他()

頭部 CT 医療機関名 _____ 受けた日 _____

頭部 MRI 医療機関名 _____ 受けた日 _____

脳波 医療機関名 _____ 受けた日 _____

その他 医療機関名 _____ 受けた日 _____

12. 家族に頭痛のある人はいますか？

1) 父、2) 母、3) 父方祖父、4) 父方祖母、5) 母方祖父、6) 母方祖母、7) きょうだい
8) いない

13. 視力は悪くありませんか？

1) 悪いが何もしてない、2) 眼鏡、3) コンタクトレンズ、4) 悪くない

14. 鼻や耳は悪くありませんか？

1) アレルギー性鼻炎・花粉症、2) 副鼻腔炎・ちくのう症、3) 悪くない

15. 夜はよく眠れますか？

1) はい、2) いいえ

平日のねる時間(時頃)、起きる時間(時頃)

休日のねる時間(時頃)、起きる時間(時頃)

16. スマホや携帯電話、パソコンやゲーム機をもっていますか？

a. いいえ

b. はい：1) スマホ、2) 携帯電話、3) ゲーム機、4) パソコン、5) その他()

17. 16)でbと答えた人はそれぞれ一日どれくらい使いますか？

1) 30分以内、2) 30分～1時間、3) 1～2時間、4) 2～4時間、5) 4時間以上

スマホ _____

携帯電話 _____

ゲーム機 _____

パソコン _____

その他 _____

18. 次のうち当てはまるものはありますか？

1) 立ちくらみしやすい、2) 立っていると気持ち悪くなる、3) 朝起きられない、
4) 入浴時に気持ち悪くなる、5) 少し動くとドキドキする、息切れする、
6) 疲れやすい、7) 乗り物に酔いやすい、8) お腹が痛くなることが多い

19. 今回この質問に回答されたのはどなたですか？

1) 本人、2) 母、3) 父、4) 祖母、5) 祖父、6) その他()