

福内ペインクリニック頭痛外来に初めて受診される患者様、診察をスムーズに行うためにこの問診票のご記入をお願いしております。（ご記入いただきました情報は、当院での診療以外には利用いたしません）

ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

頭痛外来問診票（初診用） 記入日 年 月 日

患者 ID（受付で記入）

氏名 性別 男・女 年齢 歳
身長 cm 体重 kg

1. 今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？（頭痛については、別紙の質問にもお答えください）
2. この症状はいつ頃気付かれましたか？
また、現在の状況はいかがですか？
3. この症状で、医療機関に相談されたことがありますか？
ない
ある（病院・診療所名：
病名は何といわれましたか？
検査は受けられましたか？
どのような治療を受けられましたか？
4. 今までにかかった病気（あるいは現在治療中の）はありますか？
なし
あり（具体的に）
5. アレルギーや薬剤過敏症などといわれたことがありますか？
なし
あり（具体的に）
6. 日常生活状況をおたずねします。
食欲 普通 不良
便通 普通 便秘傾向、下痢傾向（1日 回）
排尿 普通 回数が多い（日中 回、入眠後朝までに 回）
お酒（ビール、日本酒、ウイスキー、焼酎、ワイン） ml / 日、 日 / 1週間
たばこ 吸わない 本 / 1日

当院を受診された理由になった**頭痛**について、おたずねします。

●いままでに同じような頭痛をときどき**経験**されていますか？

いいえ、初めてです

はい、ときどき**経験**します

何歳頃からですか？ 歳

頻度は？ 毎日、 日／1週間、 日／1ヶ月、 日／1年

●1回の頭痛はどれくらい**続きますか**？（例：数時間、1日など）

●頭や顔・頸のどこに**痛み**を感じますか？（例：右後頭部、こめかみなど）

●どのような**痛み**ですか？（例：脈打つような、重苦しい、など）

●頭痛の**起こり方**（突然、いつとは知れず、など具体的に）

●頭痛が起こると**日常の活動（仕事や家事など）**に支障がありますか？

なし

あり（寝込む、仕事が出来ない、など具体的に書いてください）

●何か**前兆や頭痛以外の異常**を伴いますか？

なし

あり（吐き気、臭い過敏、光過敏など、具体的に書いてください）

●**誘因や原因**で思いあたることはありますか？（過労、飲酒など、具体的に記載して下さい）

●頭痛の時に、**どのようなお薬**で対処されていますか？

●その他、ご自由にお書きください。