

--	--

# 問診票

2023 年 月 日

ふりがな 名前		(男・女)	身長 cm	体重 kg
住所	〒		生年月日	大昭 平令
電話番号	携帯番号		緊急連絡先	続柄( )

今回、受診された理由をお書きください。

【頭痛・めまい・しびれ・嘔気・嘔吐・物忘れ・打撲 その他 ( )】

症状はいつ頃からですか？(いつから、どのような症状がありますか)

過去の病気(完治したものも含む)や手術、または現在治療中の病気はありますか？

例えば、糖尿病、高血圧、心臓の病気など病歴について記入してください。( はい ・ いいえ )

( 歳 病名 ) ( 完治 ・ 内服中 ・ 手術 ) ( 病院 )  
 ( 歳 病名 ) ( 完治 ・ 内服中 ・ 手術 ) ( 病院 )  
 ( 歳 病名 ) ( 完治 ・ 内服中 ・ 手術 ) ( 病院 )

以下の内容に当てはまるものはありますか？( はい ・ いいえ )

( ぜんそく ・ 緑内障 ・ 妊娠中 ・ 授乳中 )

現在内服しているお薬はありますか？( はい ・ いいえ )

お薬の名前がおわかりであれば下記へ記入していただくか、お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。

( ) ( お薬手帳参照 ・ 紹介状参照 )

今までに薬・注射・食べ物でじんましんがでたり、気分が悪くなったりしたことはありますか？( はい ・ いいえ )

はいの場合は、食べ物や薬剤名、またはその時の症状がわかればお書きください。

( )

家族・血縁関係の方で、以下の病気の方や死亡された方はいらっしゃいますか？( はい ・ いいえ )

はいの場合は、例にならってお書きください。(【例】糖尿病:父、弟 がん:母 肝臓がん 高血圧:妹)

糖尿病: 高血圧: 心臓病:  
 がん: 腎臓病: その他:

たばこは吸いますか？( 以前吸っていた ・ 現在吸っている ・ 全く吸ったことがない )

お酒は飲みますか？( はい ・ いいえ )

利き手はどちらですか？( 右 ・ 左 )

MRI や CT などの検査を希望されますか？

( 本日希望する ・ 希望しない ・ 必要ならば本日希望 ・ 後日希望する )

女性の方のみ記入してください。

・ピルを服用されていますか？( はい ・ いいえ )

・生理は順調ですか？( はい ・ いいえ ) 最終月経( 月 日から 日間 ) 閉経( 歳 )

## 頭痛問診

記入日 2023年\_\_月\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_

頭痛の診断は、問診による症状の把握が大変重要です。

正確に診断するために細かい部分もお聞きしますが、できるだけ✓で記入しやすくしました。

ご協力をお願いします。2枚目まであります。

次の質問で、あてはまる答えを選んで□に✓を入れて、内容を記入してください。(いくつでも可)

1：今、つらい頭痛がある方はお申し出ください。 □ある □ない

2：頭痛が気になり始めたのはいつ頃からですか？

□\_\_歳ころから □\_\_月\_\_日頃から、頻度、痛みがひどくなった

□今まで頭痛はなく、今回が初めて

3：最近の頭痛の頻度はどれくらいですか？

□毎日起こる □1か月で\_\_回くらい □1年で\_\_回くらい □一定期間ほぼ毎日

□今までに数回

4：一回の頭痛はどのくらい続きますか？(薬を飲まないとき、あるいは飲んでも効かないとき)

□数秒～数十秒 □30分未満 □数時間 □4時間～3日 □4～7日間 □1週間以上

5：頭痛が始まる前に視野が狭くなる、光や模様が見える、あくび、嫌な臭い、言葉が話しにくい等の症状がありますか？

□はい (どんな症状ですか： \_\_\_\_\_) □いいえ

8：今までで、一番強い痛みはどれくらいですか？(薬を飲まないとき、あるいは飲んでも効かないとき)

□気にはなるが、日常生活は可能(軽度)

□できれば休んでいたい、どうにか日常のことはできる(中等度)

□何もできない、ジーっとしている(重度) □痛すぎてジーっとしてられない(最重度)

6：どのあたりが痛くなりますか？痛む側に✓し、痛む場所を○で囲んでください。

痛む側： □右 □左 □両側 □片側の時もあれば両側の時もある

痛む場所： おでこ・目の奥・こめかみ・側頭部・後頭部・頭頂部・首筋・頭全体

7：痛み方はどのような感じですか？

- 「ズキンズキンズキン……」「ドクンドクン……」など脈を打つように持続する痛み
- 「キュー」と締め付けられた感じや「ズーン」と押さえつけられたように持続する痛み
- 「ズキン」「キリッ」した短い痛みが断続する
- 痛みかしびれかよく判断がつかない感じ
- こったような痛み
- その他（\_\_\_\_\_）

9：頭痛が強い時に吐き気、嘔吐がありますか？

- 時々ある
- 大体ある
- ない

10：頭痛が強い時に日常動作（立ち上がる、お辞儀、歩く、階段を上るなど）で頭痛が強くなりますか？

- 時々なる
- 大体なる
- ならない

11：頭痛が強い時に下記の状況がありますか？当てはまるもの全てにチェックしてください。

- スマートフォンをみたくない
- テレビを見たくない
- 電気を暗くする
- テレビの音を小さくする
- 子供の声や周りの声がうるさく感じる
- 静かなところに行く
- 匂いが気になる
- 片眼が充血する
- 片眼から涙が出る
- 鼻汁、鼻閉が起こる
- 汗が出る

13：頭痛薬は使用していますか？使用するなら何をいつ頃から、どれくらい使用していますか？

- 使用している
- 使用していない

薬名1：\_\_\_\_\_ 現在は平均\_\_\_日/月程度、徐々に増えている？ はい  いいえ

（どのくらい前から使用していますか？  3か月以内、 4か月から1年以内、 1年以上）

薬名2：\_\_\_\_\_ 現在は平均\_\_\_日/月程度、徐々に増えている？ はい  いいえ

（どのくらい前から使用していますか？  3か月以内、 4か月から1年以内、 1年以上）

14：頭痛で他院を受診しCT, MRI 検査を受けましたか？  ある  ない

病院名\_\_\_\_\_年\_\_\_月頃

MRI・CT：  受けた  受けていない

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、受付、もしくは看護師にお渡してください。