

来院日	年 月 日
お名前（漢字）	
お名前（フリガナ）	
生年月日	年 月 日
性別	

・当院に受診したことがある方

診察券番号	
-------	--

・当院に受診したことがない方

郵便番号	-
住所	
電話番号	- -
来院動機	ホームページ 通りがかり 家族・知人紹介 クリニック紹介 その他（ ）

【繰り返す頭痛で初めて受診する方】

症状が異なる複数の頭痛がある場合は、当てはまるもの全てに○をして下さい。
問診票に記入した方とお子さんとの関係（ ）

A お子さんの頭痛のことを伺います。

1 初めて痛みを感じたのはいつ頃ですか（例：3年前、5歳頃）？
（ ）

2 痛みの頻度はどれ位ですか？

①1年に数回 ②1ヶ月に数回 ③1週間に数回 ④ほぼ毎日

3 痛みで幼稚園や学校を遅刻したり休んだことはありますか？

①ない ②1年に数回 ③1ヶ月に数回 ④1週間に数回 ⑤ほぼ毎日

4 痛みが休日に軽くなる傾向はありますか？

①はい ②いいえ

5 痛みと関係があると考えているものに○をして下さい（複数回答可）。

①立位 ②ゲーム ③運動 ④空腹 ⑤生理 ⑥天候 ⑦その他（ ）

6 1日のうちではいつが最も痛みますか？

①朝 ②午前 ③午後 ④夜 ⑤寝ている時 ⑥決まっていない

7 痛みはどの位続きますか？

①1時間以内 ②数時間 ③約1日 ④数日

8 どこが最も痛みますか？

①片方のこめかみ ②両方のこめかみ ③目の奥 ④前頭部 ⑤頭頂部 ⑥後頭部や首 ⑦顔面 ⑧頭全体

9 どのような痛みですか？

①ズキズキ・ガンガン ②締めつけられる・重い ③突然起こる・刺すような
④その他 ()

10 どの程度の痛みですか？

①じっとしてられない ②何もせずじっとしていたい ③我慢して動ける

11 頭を動かしたり、歩いたりすると痛みは強くなりますか？

①強くなる ②変わらない ③弱くなる

12 痛みの前に起きる症状に○をして下さい(複数回答可)。

①目の前がチカチカする(片眼・両眼) ②目が見えない(片眼・両眼) ③チクチクする ④話しにくい ⑤体が動かしにくい ⑥物が二重に見える ⑦聞こえない ⑧めまい ⑨ふらつき ⑩反応が鈍くなる

13 痛みの最中に起きる症状に○をして下さい(複数回答可)。

①吐き気 ②嘔吐 ③光が不快 ④音が不快 ⑤匂いが不快 ⑥感覚過敏(手足が痺れる・毛髪がぴりぴりする) ⑦肩凝り ⑧耳鳴り ⑨めまい ⑩反応が鈍くなる

14 痛みの時に飲むお薬はありますか？

①はい () ②いいえ

15 14ではいと答えた方は、そのお薬は効きますか？

①良く効く ②少し効く ③効かない

16 痛みが改善する方法に○をして下さい(複数回答可)。

①冷やす ②温める ③横になる ④動く ⑤その他 ()

17 ご家族に頭痛持ちの人はいますか(複数回答可)？

①いない ②父 ③母 ④その他 ()

18 その他、頭痛について伝えたいことがあれば記入して下さい(今までに受けた検査や予防的に飲んでいるお薬があれば教えて下さい)。

()

B 頭痛以外の、お子さんのことを伺います。

⑩いびきをかく

11 朝ごはんを食べない

12 寝る直前まで携帯やテレビの画面を見たり、ゲームをしている

13 ずっと同じ姿勢で座っており、体を動かす機会がない

ご記入頂き有難うございました。