

問診票

来院日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	体温	°C		
お名前		年齢	歳	身長	cm	体重	kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日						
現住所	(〒 -)						
電話番号	()						
携帯番号	()						

- 今日は、いつから・どのような症状（理由）で来院されましたか。
[]
- 既往歴（今までにかかった病気、いつ頃か）についてお伺いします。
[]
- 飲んでる薬がありましたらお書きください。（なし・あり）
※お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。
[]
- 今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか。
（なし ・ あり） ※ありましたらその症状もお書きください。
お薬 食べ物 症状
- 生活習慣についてお伺いします。
喫煙（なし ・ あり ・ 過去にあり）
喫煙歴（ 本/日 年間）
飲酒（なし ・ あり）
飲酒量（ビール mL/日、 日本酒 合/日、 焼酎 mL/日）
- 遺伝的（血統）に脳卒中の方がいらっしゃいますか。（なし・あり）
続柄【 】 病名【 】
続柄【 】 病名【 】
- 本日どなたと来院していますか。
[]
- 本日、検査は希望されますか。（はい・いいえ）
- 女性の方にお聞きします。妊娠していますか。（いいえ・はい・可能性あり）
授乳中ですか。（いいえ・はい）

頭痛についての問診票

◆ 当てはまるものに○を付けてください。

1) もともと頭痛がある

(はい・どちらともいえない・いいえ)

2) 頭の片側に起こることが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

3) こめかみや目の奥に痛みが出ることも多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

4) 脈に合わせて“ズキン、ズキン”と拍動するように痛むことが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

5) 頭痛が、4時間以上続くことが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

6) 動くと頭痛が悪化することが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

7) 頭痛とともに吐き気をもよおす、もしくは吐いてしまう

(はい・どちらともいえない・いいえ)

8) 光や音がうざったく感じることもある

(はい・どちらともいえない・いいえ)

9) 白いモヤのようなものが見えたり、ギザギザした光が見えることがある

(はい・どちらともいえない・いいえ)

10) 頭痛時に、頭痛以外の症状（手足のしびれやめまい、嗅覚異常など）を伴うことが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

11) 肩こりや首のこりが慢性的にある

(はい・どちらともいえない・いいえ)

12) 精神的ストレスから解放された時に頭痛が起こることが多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

13) 夕方になると頭痛が起こってくることも多い

(はい・どちらともいえない・いいえ)

14) 市販薬もしくは医師から処方された鎮痛剤を月に10回以上飲んで

(はい・どちらともいえない・いいえ)