

頭痛の問診票

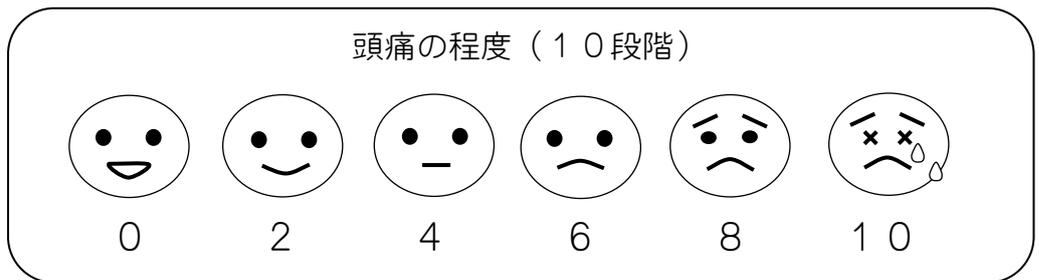
氏名 () 記入者 (母 父) 記入日 (20 . .)

以下の質問にお答えください。選択肢は当てはまるものに○をつけてください。

1. 頭痛について

- ・頭痛が始まった時期 () ・頻度 ()
- ・程度 (10段階：下図参照) () ・持続時間 ()
- ・部位 (どこが痛い?) () ・起こり方 (急に 徐々に 1日中)
- ・性状 (どんな痛み?) (ズキズキ ズキンズキン ガンガン)
- ・前兆 (前ぶれ) なし・あり (目がチカチカ 目が見えにくい 感覚異常)
- ・誘因 なし・あり (寝不足 疲労 天気 月経)
- ・頭痛時の他の症状 なし・あり (嘔気嘔吐 腹痛 光/音/匂いに過敏 めまい)
- ・頭痛が多い時間・曜日・季節 ()
- ・頭痛時の過ごし方 (寝る 温める 冷やす)
- ・頭痛薬の使用 なし・あり ()
- ・頭痛により困っていること なし・あり ()
- ・予防で気をつけていること なし・あり ()
- ・頭痛による欠席や遅刻早退 なし・あり (頻度：)
- ・強い呼吸時にしびれ、脱力、気分不良、意識消失などが起こることがあるか
なし・あり

(*強い呼吸 = 大笑い、大泣き、楽器やろうそくを吹く、風船を膨らます、熱い料理をフーフーする)



2. 生活について

- ・起床/就寝時刻 平日 起床 (: ~ :) 就寝 (: ~ :)
休日 起床 (: ~ :) 就寝 (: ~ :)
- ・食事/排泄 食事：1日 (食) 水分摂取：多い・人並み・少ない 便秘：なし・あり
- ・以下のうち、よく摂取するものがあれば○をつけてください。
チョコレート チーズ ハムやベーコンなどの加工肉 カフェイン ヨーグルト
柑橘類 揚げ物 冷凍食品 グルタミン酸ナトリウム (うま味調味料) 人工甘味料
- ・部活/塾/習い事 なし・あり ()
- ・ゲームやスマホ等のデジタルデバイスの使用時間 平日 (時間) 休日 (時間)

3. 成育歴・既往歴について

- ・胎児期 異常：なし・あり（ ）
- ・出生時 在胎（ 週 日） 出生体重（ g）
異常：なし・あり（ ）
- ・乳幼児期 健診で異常を指摘されたこと：なし・あり（ ）
- ・小学生以降 学校で問題を指摘されたこと：なし・あり（ ）
いじめにあったこと：なし・あり（ ）
長期欠席をしたこと：なし・あり（ ）
- ・アレルギー なし・あり（アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎）
- ・その他の病気 なし・あり（起立性調節障害）
- ・乗り物酔い なし・あり（頻度/程度： 酔い止め薬の使用：なし・あり）

4. 性格について

- ・性格 活発 おとなしい まじめ おおざっぱ 神経質 完璧主義 がまんしがち 気分屋
その他（ ）
- ・性格や人間関係について気になることがあれば、記入してください。

5. 家族について

- ・同居家族 父・母・祖父・祖母・兄弟（ ） ・ペット（ ）
- ・ご家族の中で以下の方がいらっしゃる場合は、差し支えのない範囲で教えてください。
頭痛（ ） 精神・神経疾患（ ）
不登校（ ） 起立性調節障害（ ）
喫煙者（ ）

6. その他

- ・お子さんが最近ストレスや負担に感じていることがあるようでしたら教えてください。