

おくむら ころからだクリニック

初診時間診票(頭痛)

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)
お名前	男・女		
現住所	〒 _____	緊急時の連絡先(ご本人様以外)	
		() - () (続柄:)	
ご連絡先	・自宅 : () - () ・携帯: () - () ※連絡の際に「おくむら ころからだクリニック」と知らせていいですか? (はい・いいえ)		

※当院をどのようにお知りになりましたか？

他院からの紹介() ホームページ 知人から聞いて

1. いつから頭痛がありますか。 今回がはじめて 歳ごろから

2. これまで頭痛に関連する下記の検査をうけたことがありますか。

なし 頭部CT 頭部MRI 脳波 その他()

受けたことがある方 いつですか。どのように診断されましたか。()

3. 頭痛の頻度はどれくらいからですか。

毎日のように 時々起こる (一ヶ月に 回くらい) 一定期間ほぼ毎日 1年に 回

4. 頭痛はどのくらい続きますか

数秒 数分 数時間 1日~3日 1週間以上

5. 頭のどのあたりでおきますか(複数回答可)

片側 両側 真ん中 頭全体 後頭部 その他

6. どのような痛みですか(複数回答可)

突然の頭痛 ズキンズキンと脈打つ 締め付け がんがんする 鈍く重く頭全体
 動くときとどくなる 眼球がえぐられるような 休みと軽くなる

7. 頭痛のとき、次のような症状はありますか。

吐き気、吐いてしまう 光、音、においに敏感 目が充血する。涙がでる だるさ
 肩こり 鼻水、鼻づまり その他()

8. 痛みの強さを教えてください

日常生活には支障ない程度 鎮痛剤を飲めばおさまる 仕事や学校、家事ができない
 痛みは強いときも軽いときもある その他()

9. どんな時に頭痛が起こりやすいですか

- ない ストレス 睡眠不足 寝すぎ 疲れ 運動時 アルコール摂取時 緊張
 空腹時 その他()

10. 普段使用している鎮痛薬の種類や使用日数や回数などについて教えてください。

薬品名 ()

使用回数 月に 日、 1日に 回

効果 よく効く 飲まないよりはいい あまり効かない

11. 飲酒やたばこについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日あたりを 本くらい)

喫煙 吸わない 吸う(1日あたり__本くらい)

12. いままで治療された主なご病気や現在中の病気、手術歴などについて

なし あり(病名:)

糖尿病(なし あり) 高血圧(なし あり)

緑内障(なし あり)急性隅角緑内障(なし あり)

脳血管障害 (なし あり 病名)

心臓疾患(なし あり 病名)

肝臓疾患(なし あり 病名)

腎臓疾患(なし あり 病名)

13. 現在、内服中のお薬はありますか？

なし あり(薬剤名:)

14. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり(症状)

15. 女性の方におうかがいします。

現在妊娠されていますか はい いいえ

現在授乳されていますか はい いいえ

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません