

頭痛外来問診票

ID. 記入日： 年 月 日

| | | | |
|------|----|-------|---------|
| フリガナ | 年齢 | 生年月日 | 性別 |
| お名前 | 歳 | 年 月 日 | 男・女・その他 |

当てはまる箇所に✓を付けてください。「はい」の場合は詳細をご記入ください。

この頭痛外来情報を知ったきっかけについて

- 自分で検索した
(検索エンジン、キーワードなど:)
- 病院のホームページ
- 知人・家族の紹介 (様)
- かかりつけ医の紹介 ()
- その他 ()

頭痛以外に定期的に飲んでいる薬や治療がありますか？

- いいえ
- はい
医療機関名：
治療薬など：



あなたは以前から頭痛持ちですか？

- いいえ
- はい
それはいつ頃からですか？どちらかにご記入ください。
() 歳くらいから
() 年前から



過去に大きな病気やケガをしたことがありますか？

- いいえ
- はい
病気・ケガの名前：
かかった時期：
医療機関名：
治療内容：

これまでに使った頭痛治療薬はありますか？

- いいえ
- はい
薬の名前を覚えている限り教えてください。
自分で買った薬：

病院の処方薬：

今悩んでいる頭痛に対し、何を希望していますか？

- 検査・治療薬の両方
- 検査のみして欲しい
(CT・MRI・その他・わからない)
- 治療薬のみ欲しい
(薬の名前： ・わからない)
- 医師と相談をして決めたい
- その他・わからない
()

頭痛が原因で、医療機関にかかったことがありますか？

- いいえ
- はい
医療機関名：

ご要望などございましたら遠慮なくご記入ください

頭痛に対して、薬以外で対処していますか？

- いいえ
- はい
具体的にどのような対処をしていますか？

