

あなたの頭痛に関する質問 (○をつけて下さい)

- 1 あなたはここ数年間で、頭痛を経験した事がありますか？
 - 1 はい
 - 2 いいえ
- 2 今までに頭痛がひどくていつも通りの生活（仕事・学業・家事・個人的付き合い等）が、出来なかつたり 休みたいと思ったことはありますか？
 - 1 はい
 - 2 いいえ
- 3 頭痛はどのくらいの頻度でおこりますか？（両方○でも可）
 - 1 時々おこる
 - 2 毎日のようにおこる
- 4 痛み止め等の薬を飲まなかった場合、1 回の頭痛の持続時間はどの位ですか？
（○はいくつでも）
 - 1 30分未満
 - 2 30分～3時間
 - 3 4時間～3日間
 - 4 4～7日間
 - 5 7日間以上～毎日
- 5 頭痛の前ぶれで、目の前にギザギザがでたり、文字が見えにくくなったりする事はありますか？
 - 1 はい
 - 2 いいえ
- 6 痛む場所はどこですか？（○はいくつでも）
 - 1 頭の片側
 - 2 後頭部から首筋・こめかみ
 - 3 頭の両側
- 7 痛みはどのような感じですか？（○はいくつでも）
 - 1 「ズキンズキン」「ズキズキ」「ドクドク」など波打つように頭が痛い
 - 2 鉢巻で締め付けられるような、おもりで押さえつけられるような痛み
 - 3 肩から頭にかけて、こったような痛み
 - 4 だらだらと痛みが持続する
- 8 痛みの程度はどのような感じですか？（○はいくつでも）
 - 1 ひどい痛みの時は寝込む、何も出来ない
 - 2 じっとしていたい
 - 3 我慢できる（仕事・家事は何とかできる）
- 9 次のような事をした時に頭痛がひどくなったことがありますか？（○はいくつでも）
 - 1 入浴時
 - 2 体を動かした時（走ったり、階段の上り下り等）
 - 3 ひどくなることはない
- 10 以下のような事が頭痛と一緒に起こる事がありますか？（○はいくつでも）
 - 1 吐き気がする
 - 2 吐いてしまう
 - 3 音に敏感になる（音が気になる、音が頭にひびく）
 - 4 光に敏感になる（光が気になる、光がまぶしく感じる）