

# 頭痛外来問診票

(フリガナ)	生年月日 : 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名 :	年 月 日 ( ) 歳
住所 : 〒	電話番号 : ( ) -
	緊急連絡先 : ( ) -
	氏名 (カタカナ) : 関係 :
①本日、マイナ保険証はお持ちですか？	( ) はい※②へ ( ) いいえ
②マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？	( ) はい ( ) いいえ
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。	

日付をご記入ください： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ID: \_\_\_\_\_

頭痛はいつごろから始まりましたか？	約 ( ) ヶ月前・ ( ) 週間前・ ( ) 日前 その他 :
おもにどの辺が痛みますか？ (複数回答可)	( ) 全体 ( ) 右 ( ) 左 ( ) 前 ( ) 後 ( ) てっぺん ( ) 首の後ろ ( ) こめかみ ( ) 目の辺り その他 :
どのような頭痛がありますか？ (複数回答可)	( ) 瞬間的 (ズキッ・キリッ) ( ) 脈を打つように ( ) 重苦しい ( ) 締め付けられる ( ) ガンガン その他 :
1回の頭痛がどのくらい続きますか？	( ) すぐ終わる ( ) 数時間 ( ) 丸1日 その他 :
頭痛にともなう症状はありますか？	( ) 嘔吐 ( ) めまい ( ) 耳鳴り ( ) 話しづらい ( ) 運動がしづらい ( ) 光が眩しい ( ) 音がうるさい ( ) 動くと痛みが増す ( ) 物が霞む・二重に見える その他 :
ご家族・血縁者で頭痛持ちの方はいますか？	( ) はい ( ) いいえ ※ご関係 : 診断名 :
頭痛で使用しているお薬はありますか？	薬の名前 :
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	薬品・食品名 :