

カルテNo. _____

頭痛問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日 歳

〒 _____

住所 _____

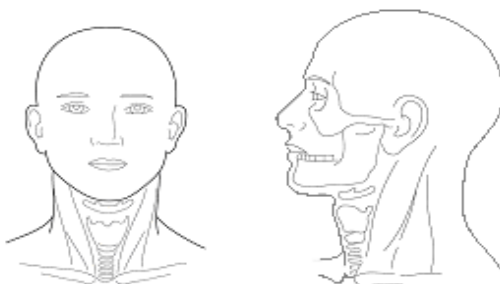
電話 _____ 携帯 _____

☆本日、来院された理由（該当するものに○印 両方でも可）

怖い病気がないかMRI検査だけして欲しい

症状に応じた薬を処方して欲しい

- (1) 頭痛、頸部痛、顔面痛はいつごろからどんなふうに発症しましたか？
（痛みやしびれの場所を下の絵に書いてください）



- (2) 以下の症状がありますか？（あれば○してください）

a) 眼の症状

眼精疲労・乱視や遠視など調節障害・ドライアイ・
緑内障（開放性・閉鎖性）・アレルギー性結膜炎・
その他（ _____ ）

b) 副鼻腔炎

アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎（蓄膿）・鼻詰り・花粉症・
その他（ _____ ）

c) 顎関節症

口をあけるときの痛み・耳後ろの痛み・虫歯や歯の欠損

d) 四肢のしびれや肩こり

肩こり（右・左・両方）・手のしびれ（右・左・両方）・
足のしびれ（右・左・両方）

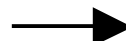
e) めまい

めまい・ふらつき・耳鳴り・難聴

f) その他

けいれん・意識消失・喘息・アトピー性皮膚炎・片側顔面けいれん

裏に続く



(3) 現在服用している薬を教えてください
(市販薬も含めて) (お薬手帳があれば見せてください)

(4) これまでに薬や食べ物などでアレルギーやじんましんを起こしたことがありますか？

はい ()
いいえ わからない

(5) 帯状疱疹もしくは単純ヘルペス感染症を起こしたことがありますか？

はい いいえ わからない

(6) (2)の項目以外に大きな病気にかかったことがある方は教えてください

(7) 女性の方にお聞きします。現在妊娠中もしくは妊娠の疑いがありますか？

はい いいえ

(8) 診察時、あらかじめ聞いておきたい内容をお書き下さい

[]

(9) 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

友人・知人 家族 本・雑誌 ホームページ 他院の紹介
その他 ()