

もともと慢性的な頭痛もちですか	はい ( 歳くらいより) いいえ
お仕事は何をされてますか	( )
頭痛がおきても家事や仕事は出来ますか	はい いいえ
頭のどこが痛いですか	おでこ こめかみ 目の奥 首筋 後ろ てっぺん ほっぺた 口のまわり 右側 左側 両側 全体 その時によって違う
どのように痛みますか	ズキズキ ガンガン スドン ビリビリ ギュー 殴られるような しめつけられる 首筋がはる 電気が走るような その他
一番頭痛が強かった時の痛みはどれくらいですか 例) バットに殴られた痛さ10 痛くない0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
頭痛は一度始まるとどれくらい続きますか	数秒 数分 数十分 1時間 数時間 半日 1日 数日 それ以上
頭痛の頻度はどれくらいですか	初めて ごくまれに 季節ごと (年 月 週)に 回 ほとんど毎日
頭痛時痛み止めなどの薬を服用されてますか	はい ( ) いいえ
頭痛が始まる前に⇒の症状はありますか	目がチカチカする ギザギザが見える 体の感覚がおかしい 言葉が出づらくなる ろれつが回らない めまい 耳鳴り 音が聞こえづらい 物が二重に見える 体がふらつく 臭いが気になる 特にない
頭痛の時に鼻づまりや涙が出たりしますか	はい いいえ
動いたり頭を動かすと頭痛がひどくなりますか	はい いいえ
頭痛の時吐き気がありますか	はい いいえ
お風呂に入ると頭痛はどうなりますか	良くなる 変わらない 悪くなる
首や肩のケガをされたことはありますか	はい( ) いいえ
肩こりはありますか	はい いいえ
頭痛は雨の日やその前の日が多いですか	はい いいえ
頭痛ある事で1番困っていることは何ですか	( )
女性の方生理中やその前後にひどくなりますか	はい いいえ
女性の方妊娠の予定はありますか	はい いいえ

☆治療中に妊娠の可能性が出た場合はお知らせください

記入年月日 年 月 日

\* 初めて診察を受けられる方へ \*

あなたの症状を理解するために、以下の質問に答えを記入、当てはまる文章の前の□にチェックを入れてください

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

兄弟姉妹 なし あり ( \_\_\_\_\_人同胞の \_\_\_\_\_番目)

利き腕はどちらですか? 右利き 左利き

記入者氏名 本人 本人以外 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 出生地 \_\_\_\_\_

・本日はどのような症状でご来院されましたか? 具体的にお書きください

( 例: 右の手足に力が入らない、ろれつが回らない、歩くのが遅くなった、物忘れが気になるなど )

・その症状はいつ頃からはじまりましたか? ( 例: 起床時から、数日前から、~ヶ月前からなど )

・かかりつけ医をお持ちですか?

いいえ はい 病院名 \_\_\_\_\_

・今までにかかった病気とその経過についてお書きください

高血圧 ( \_\_\_\_\_歳頃から) 糖尿病 ( \_\_\_\_\_歳頃から)

高脂血症 ( \_\_\_\_\_歳頃から) 心臓病・不整脈 ( \_\_\_\_\_歳頃から)

脳梗塞・脳出血 ( \_\_\_\_\_歳頃から) 精神疾患 ( \_\_\_\_\_歳頃から)

その他の病気 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳頃から)

その他の病気 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_歳頃から)

・常に服用している薬はありますか?

いいえ

はい → お薬手帳はお持ちですか? 持っている 持っていない アプリ

お薬手帳をお持ちの方は、内容の確認のためお預かりします

お持ちでない方・アプリの方はわかる範囲で薬の内容を記入してください

次のページがあります

・ご家族やご親類など、血縁関係の方に下記の病気の方はいますか？

□にチェックをし(例:父方祖父など)に関係をご記入ください

- 脳卒中( )    くも膜下出血( )  
心疾患( )    心房細動( )  
高血圧( )    脂質異常症( )    糖尿病( )  
精神科疾患( )    パーキンソン病など神経疾患( )  
認知症( )    がん( )    いない

・今までに手術を受けたことがありますか？

- いいえ  
はい (病名\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_歳頃)  
          (病名\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_歳頃)

・薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

- いいえ  
はい ( \_\_\_\_\_ )

・喫煙はしますか？

- 吸ったことがない  
やめた \_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳まで、一日\_\_\_\_\_本くらい  
吸っている 一日\_\_\_\_\_本 \_\_\_\_\_年間

・飲酒はしますか？

- 飲まない  
飲む 一日 日本酒\_\_\_\_\_合、焼酎\_\_\_\_\_合、ウィスキー水割り\_\_\_\_\_杯、ビール\_\_\_\_\_本  
          その他 \_\_\_\_\_

・感染症(肝炎・梅毒など)と言われた事がありますか？

- いいえ  
はい ( \_\_\_\_\_ )

・女性の方にお聞きします(検査やお薬を処方する都合上お答えください)

現在妊娠していますか？ いいえ はい(\_\_\_\_\_週) 妊活中

・介護保険認定を受けていますか？

- いいえ  
はい ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

< MRIなどの諸検査を行う可能性があるため、下記の事柄についてお答えください >

・これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

いいえ

はい（\_\_\_\_\_年頃施行、部位\_\_\_\_\_）

・身体の中に手術や処置で金属(義歯は除く)が入っていますか？

いいえ

はい 心臓ペースメーカーや植え込み型除細動器

脳動脈瘤や心筋梗塞のクリップやステント

骨折手術時金属プレートや人工関節

その他（\_\_\_\_\_）

・疾患の説明についてご希望があればお書きください

すべて話して欲しい

本人には伝えないで欲しい

その他（\_\_\_\_\_）

・他に何か伝えたいことがありましたらご記入ください

---

---

---

---

ご協力ありがとうございました  
恐れ入りますが診療時間まで今しばらくお待ちください

片倉町あかり脳神経内科・内科クリニック