

頭痛治療についての 予 診 表

CH

*当医院では治療の必要上以下のことをおたずねしますが、ご記入になった内容については外部に対して一切もらさないことをかたく御約束します。

カガナ

お名前 大 昭 平 年 月 日生
 御住所 電 話(自宅) [()]
 御職業または御勤務先 電 話(携帯) [()]

御紹介者 様

○言葉で表現すると、どんなお痛みですか
 ()

○頭痛に悩まされ始めたのはいつからでしょうか
 ()

○頭のどのあたりの場所のお痛みですか
 ()

○脳神経外科等で MRI などの精密検査を受けたことがありますか

ある ない

○痛みの発生しやすい時間帯はありますか、また、痛みの発生に周期性がありますか
 ()

○パソコン(PC)やスマートフォン(スマホ)、タブレットを使用する時間はどれくらいですか
 一日平均計 () 時間

○頭痛にともなう症状について、あてはまるものがあればチェックしてください

- 吐き気や嘔吐
- 視覚の異常(まぶしい、視界がぼやける、視野が狭くなる等)
- 手や指の感覚の麻痺
- ちょっとした音や臭いに対して過敏になる
- 熟睡が得にくく、全身がだるくなる
- 首や肩がこる
- うまく話せなくなる
- 空間が認識できなくなる
- 意識を失う
- その他 ()

○どんな鎮痛薬をどれくらい服用していますか、またはしていましたか
 ()

○その他、ご相談されたいことがありましたらお書きください
 ()