

カルテNo. \_\_\_\_\_

## 頭痛問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

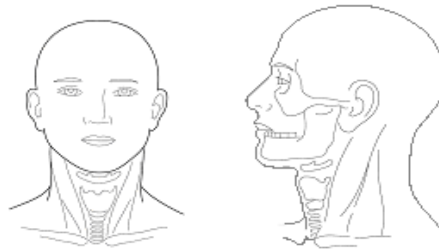
☆本日、来院された理由（該当するものに○印 両方でも可）

（ ） 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

マイナ保険証による診療情報取得に 同意します・同意しません

- (1) 頭痛、頸部痛、顔面痛はいつごろからどんなふう to 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



