



頭痛の問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 職業 _____

※今（外来受診時）頭が強く痛みますか？いつもと違う頭痛ですか？ はい いいえ

【これまでの病気や内服薬，生活について】

1. これまでかかった病気，治療中の病気はありますか？ (_____)

(特に以下の病気と診断されたことがありますか？ 喘息・緑内障・前立腺肥大症)

2. 現在内服中の薬はありますか？ (_____)

3. 睡眠時間について。就寝時間 (_____ : _____ 頃)，起床時間 (_____ : _____ 頃)

4. 嗜好品について。喫煙 あり (_____ 本× _____ 年)・なし，飲酒 (毎日・たまに・なし)

【頭痛について】

5. もともと頭痛持ちですか？ はい いいえ

6. いつ頃から頭痛がありますか？(初めて頭痛を自覚した年齢や時期を教えてください)

(_____) 歳頃から、(_____) 年 (_____) 月 (_____) 日頃から、
(_____) 日・(_____) 週・(_____) 月前から

※幼少期に下記の症状はありましたか？(乗り物酔い・原因の分からない腹痛や嘔吐)

7. 頭痛の頻度はどれくらいですか？

年に数回 月に数回 月に15日以上 ほぼ毎日 その他 (_____)

8. どのあたりが痛くなりますか？(当てはまるもの全てにチェック)

片側(右・左) 両側 おでこ てっぺん 後頭部 首筋 肩 頭全体
目の周り 目の奥 その他 (_____)

9. どのような痛みですか？(当てはまるもの全てにチェック)

ズキズキ・ドクドク脈打つ 全体がしめつけられる 押される 重い
刺されるような ピリピリっと電気が走るような えぐられるような
割れるような その他 (_____)

10. 1回の頭痛はどれくらい続きますか？

常に 2~3日 1日 (_____) 時間 (_____) 分 一瞬 その他 (_____)

11. 頭痛の起こりやすい時間帯はありますか？

起床時 午前中 午後、夕方 寝る前 特になし

(裏面に続きます)

1 2. 頭痛のために仕事や家事など日常生活に支障がありますか？

- 全然支障がない 気にはなるが、他のことをしていると忘れられる
 支障があるが何とかこなせる、我慢している
 通常の仕事や家事ができない 寝込んでしまう 横になっても強く痛む

1 3. 以下のことで頭痛を悪化・誘発しますか？（当てはまるもの全てにチェック）

- 体を動かす 入浴・暖める 冷やす 飲酒 寝不足 寝すぎ 天候の悪化
 まぶしい光 騒音 におい 特定の食べ物・飲み物（ ）
 その他（ ）

1 4. 以下のことが頭痛と一緒に起こることがありますか？（当てはまるもの全てにチェック）

- 吐き気、嘔吐 光がまぶしく感じる 音がうるさく感じる においに敏感
 目が充血する 涙が出る 鼻水、鼻づまり 顔の汗 めまい 手足の脱力
 肩こり、首のこり 手足のしびれ その他（ ）

1 5. 以下のことが頭痛の起こる前にありますか？（当てはまるもの全てにチェック）

- 目の前がまぶしい、ギザギザした光が見える、視界がぼやける 意識が遠のく
 半身の脱力 半身のしびれ その他（ ）

1 6. これまでと現在の頭痛薬の種類・頻度・効果はどうですか？

- ・これまで内服したことのある薬：加ナル・ロキソニン・アスピリン・SG 顆粒・イブプロフェン・ゾミックス・レバパックス・アマゾン・マカルト・タレノール・バファリン・イブ・リンゲルア化バー・ナロエース・セダス・ノーシン・エセドリン・サドロン・アダム・ハックリース
その他・漢方など（ ）
・現在の薬：（ ））、頻度：月に（ ）回、1日に（ ）回
効果： よく効く 少しはマシになる 全然効かない

1 7. ご家族に頭痛持ちの方はいますか？

- 父 母 兄弟 配偶者 子ども その他（ ）

1 8. 女性の方のみお答えください。

- 現在妊娠中または可能性がある 現在授乳している 生理の時の頭痛がひどい

1 9. 頭痛について関連がありそうなことや心配なことがあれば教えてください。

（ ）

おつかれさまでした。以上で終わりです。

ご記入ありがとうございました。



あなたの頭痛についてのアンケート (HIT-6)

このアンケートは、頭痛があるときに仕事や家事、学校生活、人付き合いなどへどれくらい支障をきたしているか（直接的な支障）を正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。1～6の質問でもっとも当てはまるものに○をつけてください。

1. 頭が痛いとき、痛みがひどいことがどれくらいありますか？

(それまで行っていたことを中断しないとイケないような痛みがある状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

2. 頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることはありますか？

(仕事、家事、学校生活、人付き合いなどでキャンセルや我慢が生じている状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

3. 頭が痛いとき、横になりたくなくなることがありますか？

(横になって痛みが過ぎるのを待つような状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

4. この4週間、頭痛のせいで疲れてしまい仕事や普段の活動ができないことがありましたか？

(仕事、家事、学校生活、人付き合いなどが疲れによって思うようにできない状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

5. この4週間、頭痛のせいでうんざりしたりいらいらしたりしたことがありますか？

(物事が思うようにいかず、うんざりしたり、周りの人に当たってしまったりするような状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

6. この4週間、頭痛のせいで仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？

(気が散ってしまい、仕事、家事、学校生活、人付き合いなどがいつも通りできない状態)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】
 (各6点) (各8点) (各10点) (各11点) (各13点)

総合得点

点数が高いほど生活への影響が大きいことを意味します(最低点36点～最高点78点)



あなたの頭痛についてのアンケート (MIBS-4)

このアンケートは、頭痛がないときにも頭痛がいつ起こるか分からないことへの不安や恐怖によって、仕事や家事、学校生活、人付き合いなどへどれくらい影響をきたしているか（間接的な支障）を正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。

この4週間で頭痛がない日の頭痛の影響について、1~4の質問でもっとも当てはまるものに○をつけてください。

1. 頭痛がないときにも仕事や学校生活に影響を与えた。

(頭痛がないときにも、頭痛に関連した身体の症状〈めまい、立ちくらみ、だるさ、まぶしさなど〉があったり、頭痛が起こることを心配したりして仕事や学校生活に何らかの影響を与えている状態)

分からない	全くない	ほとんどない	時々ある	いつもそうだ
-------	------	--------	------	--------

2. 頭痛が起こるかもしれないために、人付き合いやレジャー活動を計画することに不安を感じた。

(これまで頭痛によって予定を急に中止してしまった経験などから、頭痛がない時でも頭痛が起こるかもしれないと不安になり、家族や友達との約束をためらったり、旅行などを計画することに不安を感じる状態)

分からない	全くない	ほとんどない	時々ある	いつもそうだ
-------	------	--------	------	--------

3. 自分の頭痛は、頭痛がないときにも自分の生活に影響を与えた。

(頭痛がない時に、頭痛を誘発すると感じているような因子〈食べ物や飲み物、匂い、人ごみ、天気など〉を気にしながら生活している状態)

分からない	全くない	ほとんどない	時々ある	いつもそうだ
-------	------	--------	------	--------

4. 頭痛がない時に、自分の頭痛のために無力感を覚えた。

(頭痛がない時に、自分の頭痛を人生における逃れられない重荷のように感じ、むなしさやあきらめの気持ちを抱いている状態)

分からない	全くない	ほとんどない	時々ある	いつもそうだ
-------	------	--------	------	--------

【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】
 (各0点) (各0点) (各1点) (各2点) (各3点)

総合得点

点数が高いほど生活への影響が大きいことを意味します(最低点0点~最高点12点)



あなたの頭痛についてのアンケート (MIDAS)

あなたの頭痛について質問します。

この結果で頭痛がどれだけ日常生活に支障をきたしているかを知ることができます。

過去3か月の間にあったすべての頭痛について以下の質問にお答えください。

該当する出来事がなければ0(ゼロ)と記入してください。

1. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために仕事や学校を休んだ日が何日ありましたか？	_____日
2. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために仕事や学校での勉強がいつもの半分以下しかできなかった日は何日ありましたか？（質問1で答えた日数は入れないでください）	_____日
3. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために家事ができなかった日は何日ありましたか？	_____日
4. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために家事がいつもの半分以下しかできなかった日は何日ありましたか？（質問3で答えた日数は入れないでください）	_____日
5. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために家族の予定や、社会の活動や、遊びが出来なかった日は何日ありましたか？	_____日
合計	_____日
A. 過去3か月の間で、頭痛のあった日は何日ありましたか？ （頭痛が1日以上続いた場合は、それぞれの日を1日と数えて下さい）	_____日
B. 頭痛の程度について、0~10点で採点するとすれば平均で何点でしたか？ （全く頭痛がなかった場合は0点、これ以上ないくらい痛かった場合を10点とします）	_____点

【MIDAS 評価のしかた】

質問1~5に対して記入した日数を合計し、スコア票に照合して支障度を評価します。

MIDAS Grade	定義	合計日数
I	日常生活に支障全くなし、またはほとんどなし	0~5
II	日常生活に軽度の支障	6~10
III	日常生活に中等度の支障	11~20
IV	日常生活に重度の支障	20~