


診療申込書(頭痛)

駒込かせだクリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな)				生 年 月 日	男 女	
お 名 前	大・昭・平・令			年 月 日	歳	
アレルギー有無	食べ物・薬 ある(具体的に:)・なし					
喫煙の有無	喫煙する(1日約 本、 年前から) ・ 喫煙しない					
飲酒の有無	飲酒する(1日の量:種類 を ml・本) ・ 飲酒しない					
普段の状態	食欲	有・普通・無	睡眠	良好・不良	便秘	良好・便秘・下痢
<p>● 過去に以下のような病気にかかったことがありますか? あれば○で囲んでください。</p> <p>高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・脳の病気・肝臓病・腎臓病・胃/十二指腸潰瘍・喘息 緑内障(あり・なし)・前立腺肥大・甲状腺・その他()</p>						
<p>頭痛が気になり始めたのはいつ頃からですか?</p> <p><input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 歳の頃から</p>						
<p>頭痛の起こる頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週数回 <input type="checkbox"/> 月数回 <input type="checkbox"/> 年に数回</p>						
<p>どんな痛みですか?</p> <p>①脈打つような ②締付けられるような ③電気が走るような ④ハンマーで ⑤その他 押さえられるような 刺されるような 殴られたような 頭全体が重い 目の奥が痛い 割れそうに痛い 爆発するような痛み</p> <p>     </p>						
<p>一回の頭痛はどのくらい続きますか?</p> <p><input type="checkbox"/> 数十分 <input type="checkbox"/> 1~3時間 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 丸一日 <input type="checkbox"/> 数日 <input type="checkbox"/> 一週間以上</p>						
<p>痛みの程度および症状の強さ</p> <p><input type="checkbox"/> 生活には支障がない(軽度) <input type="checkbox"/> 痛み止めを飲めばなんとかなる(中等度) <input type="checkbox"/> 仕事や家事、学校を休む(強度) <input type="checkbox"/> 痛みは変動する <input type="checkbox"/> 寝込むような強い頭痛(強度)</p>						
<p>つらさの程度</p> <p>  </p>						
<p>どの辺りが痛みますか?</p> <p><input type="checkbox"/> 頭全体 <input type="checkbox"/> 前頭部 <input type="checkbox"/> 側頭部 <input type="checkbox"/> 後頭部 <input type="checkbox"/> 肩~首にかけて</p>						

裏面もご記入ください。

