

氏名()
 診察券番号()
 生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日)

～ の質問に当てはまるものにつけて下さい。 平成 年 月 日()

場所は？	頭の前～横	頭の後～八チマキ	目の奥～頭の横
どんな痛み？	ズキンズキン脈うつ	圧迫・締めつける	突き刺す・えぐる
強さは？	中～強い	軽い～中	非常に強い
動くと頭痛は？	強くなる	変わらない	じっとしてられない
他の症状は？	吐き気・嘔吐	肩こり・めまい	涙・目の充血・鼻水
周期は？	数回/年から1/週	数回/週	毎年集中して繰り返す
持続時間は？	4～72時間	30分～7日	15～180分

その他