

熊沢医院

問診票（頭痛外来用）

該当する欄にチェックをつけて、必要な事柄を記入してください。

①頭痛はもともと ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	↓ “はい” にチェックを入れた方 ↓ 何歳頃からありますか？	歳頃
②どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 片側（目の奥）	<input type="checkbox"/> 片側ときに両側 <input type="checkbox"/> その他	
③どんな痛みですか？	<input type="checkbox"/> ズキンズキン <input type="checkbox"/> 締め付けられる	<input type="checkbox"/> 突き刺す・えぐられる <input type="checkbox"/> その他	
④痛みの程度は？	<input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> じっとしていたい	<input type="checkbox"/> 我慢できる（仕事・家事はなんとかできる） <input type="checkbox"/> かなり強い（寝込む）	
⑤次のような時は痛みが ひどくなりますか？	<input type="checkbox"/> 体を動かした時 <input type="checkbox"/> 入浴時	<input type="checkbox"/> ひどくなることはない <input type="checkbox"/> その他	
⑥頭痛以外の症状は？	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 肩こり・首こり <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉	<input type="checkbox"/> 匂いに敏感になる <input type="checkbox"/> 音や光に敏感になる <input type="checkbox"/> 涙が出る・目の充血	
⑦痛みの周期は？	<input type="checkbox"/> 月に数回	<input type="checkbox"/> 毎日のように	<input type="checkbox"/> 1～2ヶ月に集中する
⑧痛み止めは飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類 頻度	↓ “はい” にチェックを入れた方 ↓
⑨頭痛のきっかけは？	<input type="checkbox"/> 生理前・生理中 <input type="checkbox"/> 週末 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 寝すぎた後 <input type="checkbox"/> ストレス	<input type="checkbox"/> 天気 <input type="checkbox"/> 人ごみ
⑩薬や食べ物でアレルギーが 出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 具体的に	
⑪タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1日に 本	⑫お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 種類・量・頻度
⑬妊娠の可能は？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
その他何かあればお書きください。			

こちらの質問にもお答えください。

領収書とは別に医療明細書の発行を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
当院はオンライン資格確認を行う体制を有しています。 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ