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	便通	良好 ・ 便秘 ・ 下痢

● 過去に以下のような病気にかかったことがありますか？　あれば〇で囲んでください。

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(　　)

頭痛が気になり始めたのはいつ頃からですか？

☐ 今回が初めて　　☐　　歳の頃から

頭痛の起こる頻度　　☐ ほぼ毎日　☐ 週数回　☐ 月数回　☐ 年に数回

どんな痛みですか？

①脈打つような　②締付けられるような 押さえられるような　③電気が走るような 刺されるような　④ハンマーで 殴られたような　⑤その他 頭全体が重い 眼の奥が痛い 割れそうに痛い 爆発するような痛み

一回の頭痛はどのくらい続きますか？

☐ 数十分　☐ 1～3時間　☐ 半日程度　☐ 丸一日　☐ 数日　☐ 一週間以上

痛みの程度および症状の強さ

☐ 生活には支障がない(軽度)　　☐ 痛み止めを飲めばなんとかなる(中等度)

☐ 仕事や家事、学校を休む(強度)　　☐ 痛みは変動する

☐ 寝込むような強い頭痛(強度)

つらさの程度

どの辺りが痛みますか？

☐ 頭全体　☐ 前頭部　☐ 側頭部　☐ 後頭部　☐肩～首にかけて

裏面もご記入ください。

どのような時に頭痛が起こりやすいですか？

☐ ストレスがかかったとき　☐ 睡眠不足や寝すぎのとき

☐ 気候や天候の変化があるとき　☐ よく晴れて眩しいとき

☐ アルコールを飲んだとき　☐ 月経のとき　☐ 週末や休日

☐ その他　（　　）

頭痛の前触れはありますか？

頭痛が起こった時に次の症状はありますか？

☐ 吐き気、嘔吐感　☐ 鼻水、鼻つまり　☐ 肩こり　☐ めまい

☐ 流涙、目の充血　☐ 眩しさや音、匂いに過敏　☐ 倦怠感

頭痛薬を服用していますか？

服用している薬の名前　（　　）

服用頻度　（　月　　回）

一回の服用量　☐ 用法・用量の指示内で収まる　☐それ以上服用することがある

ご家族に頭痛持ちの方はいますか？

☐ いる（　　）　☐ いない

ご家族にくも膜下出血や脳血管障害の方はいますか？

☐ いる（　　）　☐ いない

以下は初診の方のみご記入願います。

住　所	〒　　-			
電話番号	自宅		携帯	
明細書・領収書の発行についてお選びください	☐ 簡易領収書(点数と金額のみ記載されたもの) ☐ 詳細領収書(上記以外に検査項目等も記載されたもの)			
何を見て当院を知りましたか？	☐ ホームページを見て　☐ 知人・家族の紹介 ☐ 近所だから　☐ 広告　☐ その他（　　）			

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。