

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締め付けられるような 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 ①ズキンズキン     ⑤目の奥が痛い 割れそうに痛い 爆発するような痛み 1分以内に最大の痛みになる</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>0 痛みなし 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最大</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。

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？

肩こり



空腹感



あくび



閃輝暗点



ミラーボール様
(切子様)



ギザギザ模様
(ガラスの破片様)



モザイク様



対象が光って見える、
光の点・線が見える

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		<input type="checkbox"/> 簡易領収書(点数と金額のみ記載されたもの) <input type="checkbox"/> 詳細領収書(上記以外に検査項目等も記載されたもの)	
何をみて当院を知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 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。

◆医療情報取得加算(初診時) 加算1 3点(保険証を利用した場合) 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)