



頭痛基本資料表

活水神內診所

· 頭痛診療中心 · 復健物理治療
台南市安和路一段 40 號 06-28107
台南市崇明路 205 號 06-3 57 13
官網網址:www.livingwater.com.tw

姓名： 性別： 教育程度： 身份證號：
 病歷號碼： 年齡： 工作收入：無, 有,職業:_____

電話： Line ID: e-mail:
 住址：

**若頭痛不只一種,可再續拿問卷填寫

最近 這種頭痛到現在有多久了? ____年,或____個月,或____天 (寫出約略數字)
 若不止痛或處理,每次頭痛大概持續多久才會不痛? (若睡覺後才好,請把睡覺時間加上)
 ____小時,或____分鐘,或____秒(請寫出約略數字) (若時刻都在痛,請填 24 小時)
 您一個月大概有 ____天會頭痛? (頻率: 寫出一個最恰當的約略數字,可至小數點後一位)

發作時的痛或不舒服像：

抽痛 如血管跳動般, 電擊般, 緊悶重, 頭暈, 眩暈轉, 其它:_____

痛或不舒服的程度大概有多嚴重? (依輕重度 1 到 10 級 ; 請勾選平均痛度)

最輕 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 最嚴重

您頭痛大都痛在那一側? (可複選)

左側 右側 有時左,有時右 兩側, 從單側痛起 同時兩側,或中間

您頭痛位置大都在什麼地方?

前額, 頭頂, 太陽穴, 後枕部, 眼眶, 其它:_____

您頭痛開始前後的 1 小時內會有什麼併發症狀?

沒有, 噁心, 嘔吐, 怕光, 怕吵, 流淚, 眼睛紅, 鼻塞, 流鼻水,
複視雙影, 視力模糊, 閃光, 麻木, 無力, 其它:_____

什麼情況會誘發您的頭痛 · 或是使頭痛更嚴重? 可複選

天氣變化, 月經, 特定姿勢, 食物, 藥物, 性活動, 饑餓, 失眠,
上下走動、肚子出力、或頭部上下震動時, 其它:_____

什麼情況會改善您的頭痛?

沒有, 睡眠, 按摩, 特定姿勢, 食物, 藥物, 其它:_____

在這以前 有類似頭痛嗎? 沒有

有,但有 ____年, 或____個月沒痛了

有,但次數不同. 之前一個月大概有 ____天會頭痛. 距現在已____年, 或____個月,或____天了.

有,但其他不一樣,如_____. 距現在已____年, 或____個月,或____天了.

睡眠情況如何？(可複選) 正常，偶失眠，常失眠。 過去一個月約有___天失眠
主要是：1.不易入睡 2.半夜易被吵醒 3.醒來就睡不著 4.多夢

- | | |
|---|------|
| 1. 過去三箇月中，您有多少天因為頭痛而無法上班或上課？..... | ___天 |
| 2. 過去三箇月中，您有多少天因為頭痛而造成工作或課業上的成效減少一半或一半以上（不要將第1題無法上班或上課的日數算在內）？..... | ___天 |
| 3. 過去三箇月中，您有多少天因為頭痛而無法做家事？..... | ___天 |
| 4. 過去三箇月中，您有多少天因為頭痛而做家事的成效減少一半或一半以上（不要將第3題無法作家事的日數算在內）？..... | ___天 |
| 5. 過去三箇月中，您有多少天因為頭痛而沒有辦法參加家庭、社交或休閒活動？..... | ___天 |

過去三箇月中，您有多少天曾經有過任何的頭痛（如果頭痛超過一天，則每日都要計算）？..... ___天

您每個月有幾天會因頭痛而吃藥或打針來止痛？(單選，請大略估計)
0天 1-3天 4-8天 9-15天 16-28天 幾乎天天 很少

家族中是否有頭痛之問題：沒有 父母 兄弟姊妹 子女 不知道 其它:.....

頭痛以外之症狀：沒有 有:.....

此次看診之期望：1.好好治療（頻率(次數)減少,至少___% ,程度減少,至少___% ,完全不痛）
2.找出病因 3.其它.....

能否規則追蹤：1. 可，聯絡電話:..... 2. 否 3. 不一定

長期性用藥：	藥名 (不詳者 請寫來源)	使用劑量及頻率	使用多久了？

過去病史 / 頭痛求醫歷程：(空格不足時 可另填他紙)