

**\*\*\* 請於每日睡前填寫 \*\*\***

**\*\*\*就診時 請務必先將此表單交予護理人員 \*\*\***

請參考下列說明, 把數字填入格子內. 如果無適當參考答案, 請另以文字說明之  
一天之內若有多次頭痛 請依各個頭痛型態 分別填入不同的橫列

MX HA Team  WPJ 1009	頭痛型態 0.無發作 1.血管跳動般 2.緊悶昏重般 3.眩暈發作 4.電擊般	持續多久 今天大約 痛幾小時?  若頭痛短促 請用正字表 示總次數	頭痛度數 最痛 10 度, 最輕 1 度. 每次頭痛平 均為幾度痛	頭痛側 1. 左側 2. 右側 3. 兩側 4. 中間	出力加重否 頭痛時, 低頭、 肚子出力、跑步 或其他一般耗 體力活動 是否加重頭痛?	併發症狀 0.沒有 1.噁心 2.嘔吐 3.畏光 4.怕吵 5.麻木 6.無力 7.流淚 8.視力模糊等 9.其他(請用文字敘述)	止痛情形 共使用幾次 <b>止痛劑?</b> 以數 字或正字表示		其他相關因素 請說明該次頭痛可能之 (1)加重、誘發因素 (2)緩解、減輕方法	備註 月經時 請用 * 標註
							藥名	數量		
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	
月 日		小時	度		( )是 ( )否				(1)加重: (2)緩解:	