

あなたの頭痛についてのアンケート

このアンケート頭痛のせいで、あなたがどのように感じているか、また、どのようなことに支障をきたしているかを正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。

1～6の質問でもっとも当てはまるものに○をつけて下さい。

1 頭が痛いとき、痛みがひどいことがどれくらいありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

2 頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることがありますか？

(例えば、家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

3 頭が痛いとき、横になりたくなることがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

4 この4週間に、頭痛のせいで疲れてしまって、仕事やいつもの活動ができないことがありましたか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

5 この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらいらしたりしたことがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

6 この4週間に、頭痛のせいで、仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

【 】

第1選択肢
(各6点)

【 】

第2選択肢
(各6点)

【 】

第3選択肢
(各10点)

【 】

第4選択肢
(各11点)

【 】

第5選択肢
(各13点)

【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】

各選択肢の得点を合計して総合得点を出します。
この結果をもとに、医師の診察を受けて下さい。

総合得点

--

点数が高いほど、生活への影響が大きいことを意味します。

(最低点36点～最高点78点)