



頭痛基本資料表

活水神經內科
 · 頭痛診療中心 · 復健物理治療
 台南市安和路一段 40 號 06-2810700
 台南市崇明路 205 號 06-3357513
 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：_____
 住址： 電話：
 若頭痛不只一種 可再續拿問卷填寫 e-mail:

即使斷續發生，從第一次痛到現在有多久了？

若不處理，您每次頭痛大概會持續多久？(單選，請大略估計)
數秒 數分鐘 半小時以內 4 小時以內 4 小時至 3 天 3-7 天
時時刻刻都在痛

從開始痛到最痛大概多久時間？(請大略估計) _____時____分____秒

平均而言，最近您每個月有幾天會頭痛？(單選) 這段期間已經有多久？_____。
1-3 天 4-8 天 9-14 天 15-28 天 幾乎天天痛 其它:_____

以往您每個月有幾天會頭痛？(單選)
1-3 天 4-8 天 9-14 天 15-28 天 幾乎天天痛 其它:_____

發作時的感受為 (可複選)：
如血管跳動般 電擊般 緊悶痛 暈暈重重的 其它:_____。
 此種感受屬於 內爆式 (由內向外) 或 外壓式 (由外向內)

痛或不舒服的程度大概有多嚴重？ (從最輕的 0 級到最嚴重的 10 級；請勾選一級)
 無 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常嚴重

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,同時 兩側,從單側痛起

您頭痛位置大都在什麼地方？(可複選) 前額 頭頂 太陽穴 後枕部 眼眶 其它:_____

什麼情況會誘發您的頭痛，或是使頭痛更嚴重？ 沒有 有, (請再勾選下列情況；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、或頭部震動時 其它:_____

什麼情況會改善您的頭痛？ 沒有 有, (請再勾選下列情況；可複選)
睡眠 按摩 特定姿勢 食物 藥物 其它:_____

您頭痛開始前後的 1 小時內會有什麼症狀？ 沒有 有, (請填下表；症狀可複選)

症狀	麻木		噁心		嘔吐		怕光		怕吵		流淚		眼睛紅		鼻塞		流鼻水		視力模糊		複視		閃光		無力		其它
	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	
幾乎每次都發生																											
常常發生																											
偶而發生																											

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)

