

あなたの頭痛についてのアンケート

このアンケートは、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、もっともあてはまるものに○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出来ないことがありましたか？

全くなかった ほとんどなかった 時々あった **しばしばあった** いつもそうだった

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したか？

全くなかった ほとんどなかった 時々あった **しばしばあった** いつもそうだった

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？

全くなかった ほとんどなかった 時々あった **しばしばあった** いつもそうだった



第1選択肢
(各6点)



第2選択肢
(各8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)

