頭痛ダイアリー（記録シート）

※紙のメモでもOK。まずは1〜2週間、可能な範囲で記録して受診時にご持参ください。

お名前：　　期間：＿＿年＿＿月＿＿日 〜 ＿＿年＿＿月＿＿日

チェック（当てはまるもの）

☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 光がつらい　☐ 音がつらい　☐ めまい　☐ 見え方の異常（視野欠損／二重）

☐ しびれ／脱力　☐ ろれつ　☐ 発熱　☐ 首の痛み　☐ 月経関連（女性）　☐ 天候変化で悪化

その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

痛みの強さ（例）：0=なし、10=最強　　※ざっくりでOK

記録（痛い日だけでもOK）

日付 時間	強さ (0-10)	場所/性質 (例: 右ズキ)	持続時間	きっかけ/状況 (寝不足等)	使用した薬 (名前・回数)	効果 (例: ○/×)	メモ (生活への影響)

受診時に：頭痛ダイアリー＋お薬手帳（または薬の写真）をご持参ください。

※鎮痛薬（市販薬含む）の使用回数が増えている場合は、薬の使い過ぎによる頭痛が関係することがあります。

頭痛ダイアリー（記録シート）

※紙のメモでもOK。まずは1〜2週間、可能な範囲で記録して受診時にご持参ください。

お名前：　　期間：＿＿年＿＿月＿＿日 〜 ＿＿年＿＿月＿＿日

チェック（当てはまるもの）

☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 光がつらい　☐ 音がつらい　☐ めまい　☐ 見え方の異常（視野欠損／二重）

☐ しびれ／脱力　☐ ろれつ　☐ 発熱　☐ 首の痛み　☐ 月経関連（女性）　☐ 天候変化で悪化

その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

痛みの強さ（例）：0=なし、10=最強　　※ざっくりでOK

記録（痛い日だけでもOK）

日付 時間	強さ (0-10)	場所/性質 (例: 右ズキ)	持続時間	きっかけ/状況 (寝不足等)	使用した薬 (名前・回数)	効果 (例: ○/×)	メモ (生活への影響)

受診時に：頭痛ダイアリー＋お薬手帳（または薬の写真）をご持参ください。

※鎮痛薬（市販薬含む）の使用回数が増えている場合は、薬の使い過ぎによる頭痛が関係することがあります。