

FAX頭痛問診票 (FAX番号 : 0773-62-0372)

氏名：	
電話番号：	
FAX番号：	
	年 月 日 頃
頭痛はいつ、どんな風に始まりましたか？：	
今も同様の痛みが続いていますか？：	はい ・ いいえ
頭痛はどれくらいの頻度で起こりますか？：	
その痛みはどれくらい続きますか？：	
1日のうち、 痛みが起こる時間帯は決まっていますか？ それは、いつ頃ですか？：	はい ・ いいえ 時 分 頃
どこが痛みますか？：	
いつも同じところが痛みますか？：	はい ・ いいえ