

## 頭痛の記録 記入例

| 日付          | 月経 | 頭痛の程度  |          |         | 影響度 | 誘引         | MEMO<br>(頭痛のタイプ、はき気、<br>前ぶれなど)  |
|-------------|----|--------|----------|---------|-----|------------|---------------------------------|
|             |    | 午前     | 午後       | 夜       |     |            |                                 |
| 3/30<br>(月) | ■  | 痛<br>薬 | —<br>パ△  | ++<br>△ | +   | 疲れ<br>月経   | ①前ぶれあり<br>昨日の子供の<br>運動会の疲れ?     |
| 3/31<br>(火) | ■  | 痛<br>薬 | ++<br>パ△ | —<br>△  | ++  | 月経         | ⑩⑪食事ができず<br>薬を飲んで<br>一日中寝ていた。   |
| 4/1<br>(水)  |    | 痛<br>薬 | ++<br>パ△ | ++<br>△ | +   | くもり<br>低気圧 | 外出したが<br>一日中がまんしなければ<br>ならなかった。 |
| 4/2<br>(木)  |    | 痛      |          |         |     |            |                                 |

### 症状のマーク

- 脈 … 脈打つ痛み
- 音 … 音が気になる
- は … はき気
- 重 … 重い痛み
- に … においが気になる
- 吐 … 嘔吐
- 光 … 光が気になる

### ① 日付

### ② 月経

月経があった期間に線を引いてください。

### ③ 頭痛の程度と薬の略称

頭痛の程度を3段階で記入してください。

++ 重度 ++ 中等度 + 軽度

薬を服用した場合は、薬の名前と服用した数、効果を記入してください。  
薬の名前は頭文字を記入し、効果は、効いたら○で囲み、やや効いたら△をつけてください。

### ④ 日常生活への影響度

日常生活への影響度を3段階で記入してください。

++ 重度 ++ 中等度 + 軽度

### ⑤ 誘因

頭痛の誘因と思われることがあれば記入してください。

例:精神的ストレス・解放、睡眠の過不足、天候の変化、空腹、飲酒、月経など

### ⑥ MEMO

症状のマークや1日の出来事、状態などを書きください。

# 頭痛ダイアリー

アムジェン株式会社

保管用

年 月 日 ▶ 年 月 日

| 日付 | 月<br>経 | 頭痛の程度 |    |   | 影響度 | 誘引 | MEMO<br>(頭痛のタイプ、はき気、<br>前ぶれなど) |
|----|--------|-------|----|---|-----|----|--------------------------------|
|    |        | 午前    | 午後 | 夜 |     |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |

| 日付 | 月<br>経 | 頭痛の程度 |    |   | 影響度 | 誘引 | MEMO<br>(頭痛のタイプ、はき気、<br>前ぶれなど) |
|----|--------|-------|----|---|-----|----|--------------------------------|
|    |        | 午前    | 午後 | 夜 |     |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | 薬      |       | ■  |   | —   |    |                                |

お名前 \_\_\_\_\_

この1ヶ月の体調を記録しましょう



医師からのコメント \_\_\_\_\_

MEMO \_\_\_\_\_

本ダイアリーは複写式になっています。

保管用 は、ご自身の記録としてお手元に保管ください。

提出用

年 月 日 ▶ 年 月 日

| 日付 | 月<br>経 | 頭痛の程度 |    |   | 影響度 | 誘引 | MEMO<br>(頭痛のタイプ、はき気、<br>前ぶれなど) |
|----|--------|-------|----|---|-----|----|--------------------------------|
|    |        | 午前    | 午後 | 夜 |     |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | （火）    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |

お名前 \_\_\_\_\_

| 日付 | 月<br>経 | 頭痛の程度 |    |   | 影響度 | 誘引 | MEMO<br>(頭痛のタイプ、はき気、<br>前ぶれなど) |
|----|--------|-------|----|---|-----|----|--------------------------------|
|    |        | 午前    | 午後 | 夜 |     |    |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | （火）    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (月)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (火)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (水)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (木)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (金)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (土)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |
| ／＼ | (日)    | 痛     | —  | — | —   | —  |                                |

この1ヶ月の体調を記録しましょう



医師からのコメント \_\_\_\_\_

MEMO \_\_\_\_\_

本ダイアリーは複写式になっています。

提出用 を切り離して、医師にお渡しください。