

頭痛ダイアリー | 28日記録シート

氏名（任意）： _____ 記録開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関へ持参： ☐ 予定あり ☐ 未定

痛み 0=なし / 1=軽い / 2=中等度 / 3=強い | 痛み方：ズ=ズキズキ 締=締め付け 刺=刺す・電撃 | 随伴：吐=吐き気 光=光過敏 音=音過敏
メモ欄には睡眠、天気、月経、仕事・運転、食事、ストレスなど「気づいたこと」を記録してください。原因と決めつける必要はありません。

日	朝	昼	夜	痛み方	場所	随伴	薬・効果	影響	メモ（睡眠・天気・月経など）
1				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
2				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
3				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
4				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
5				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
6				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
7				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
8				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
9				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
10				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
11				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
12				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
13				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
14				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	

注意：このシートは診断用ではありません。突然の激しい頭痛、手足の麻痺・しびれ、ろれつの異常、意識変化、高熱などがある場合は記録より医療機関受診を優先してください。
参考：日本頭痛学会の頭痛ダイアリーの考え方を参考に、当院が独自に作成した記録シートです。公式版を希望する場合は日本頭痛学会の頭痛ダイアリーをご利用ください。

頭痛ダイアリー | 28日記録シート

氏名（任意）： _____ 記録開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関へ持参： ☐ 予定あり ☐ 未定

痛み 0=なし / 1=軽い / 2=中等度 / 3=強い | 痛み方：ズ=ズキズキ 締=締め付け 刺=刺す・電撃 | 随伴：吐=吐き気 光=光過敏 音=音過敏
メモ欄には睡眠、天気、月経、仕事・運転、食事、ストレスなど「気づいたこと」を記録してください。原因と決めつける必要はありません。

日	朝	昼	夜	痛み方	場所	随伴	薬・効果	影響	メモ（睡眠・天気・月経など）
15				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
16				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
17				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
18				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
19				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
20				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
21				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
22				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
23				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
24				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
25				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
26				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
27				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	
28				ズ/締/刺		吐/光/音		0-3	

注意：このシートは診断用ではありません。突然の激しい頭痛、手足の麻痺・しびれ、ろれつの異常、意識変化、高熱などがある場合は記録より医療機関受診を優先してください。
参考：日本頭痛学会の頭痛ダイアリーの考え方を参考に、当院が独自に作成した記録シートです。公式版を希望する場合は日本頭痛学会の頭痛ダイアリーをご利用ください。