

診察・検査依頼票(診療情報提供書)【頭痛外来用】

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院

【施設名】

診察依頼 頭痛外来担当医

TEL() -

FAX() -

希望診察・検査日

第1希望 年 月 日(金曜日)

【医師名】

第1希望 年 月 日(金曜日)

◎予約変更(日時等)に際して、安城更生病院が直接患者さんと調整を行うことに 同意します 同意しません
※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

フリガナ		性別	生年月日																	
受診者名		男・女	T・S・H・R 年 月 日																	
住所	TEL () -																			
保 険 別										公 費 負 担 別										
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	国本	健家	健本	高前	1割	2割	3割	高後	1割	3割	身障	母子	子ども	その他
保 険 者 番 号						公費負担者番号														
記号	番 号					公費負担受給者番号														
資格取得	有効期限					被保険者・世帯主名														

【臨床情報】(診断名・既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項) ※別紙添付可

頭痛による日常生活支障度

①～⑥の質問で、次のA～Eのうちもっともあてはまるものを選んでください
A.全くない B.ほとんどない C.時々ある D.しばしばある E.いつもある

- 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? ()
- ②頭痛のせいで日常生活に支障がありますか? ()
(例えば、家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)
- ③頭が痛いとき、横になりたくなることはありますか? ()
- 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できないことがありましたか? ()
- ⑤この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらしたことがありましたか? ()
- 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? ()

項目	A	B	C	D	E	総合得点
選択数						
配点	6	8	10	11	13	
合計						

片頭痛スクリーナー

①～④の質問で、あてはまるものにチェックを入れてください

- ① 動作による頭痛の悪化 ()
- ② 悪心 ()
- ③ 光過敏 ()
- ④ 臭過敏 ()

患者に対する留意事項 薬物アレルギー(有・無) 体内の金属・医療機器の有無(有【 】・無)

依頼項目をチェックして下さい。(複数チェック可)

- 診断をつけて欲しい
- 病態を説明して欲しい
- 二次性頭痛鑑別の画像検査をして欲しい
- CGRP関連薬剤のみ投与して欲しい
- 頭痛診断、治療全てをして欲しい
- その他: