

Additional File 1: Headache Questionnaire in Japanese.

あなたの頭痛についての質問

この度は、調査へのご協力ありがとうございます。この質問紙は5分程度で終わります。

1. あなたの整理番号を教えてください。

2. あなたの性別を教えてください。

(男性 ・ 女性 ・ それ以外)

3. あなたの年齢を教えてください。

_____ 歳

4. A～Fのうち、富永病院で受けた頭痛の診断名にチェックをつけてください。

☐A. 片頭痛（前兆のある片頭痛、前兆のない片頭痛、慢性片頭痛）

☐B. 稀発反復性緊張型頭痛

☐E. 片頭痛＋緊張型頭痛

☐C. 頻発反復性緊張型頭痛

☐F. 薬物乱用頭痛

☐D. 慢性緊張型頭痛

5. これからあなたの頭痛について質問をします。Q1からの質問に順番に沿ってお答えください。

Q1：これまでに頭痛を経験したことがありますか？1つだけ○をつけてください。

(はい ・ いいえ)

Q2：これまでに同じような症状の頭痛を繰り返し何度も経験していますか？

(はい ・ いいえ)

Q3：これまで（生きてきた中で）、その頭痛を何回くらい経験していますか？

(2～4回 ・ 5～10回 ・ 10回以上)

Q4：一定以上の時間、頭痛が起こることが、直近3か月以上の期間ありますか？

(はい ・ いいえ)

Q5a：服薬・治療などの対処をしなかった場合、1回の頭痛はだいたいどれくらい続きますか？最も当てはまる選択肢に○をつけてください。

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 30 分未満 | ☐ 4 時間以上～1 日以内 | ☐ 絶え間なく持続する |
| ☐ 30 分以上～1 時間未満 | ☐ 1 日以上～3 日以内 | |
| ☐ 1 時間以上～4 時間未満 | ☐ 3 日以上～7 日以内 | |
| ☐ その他 () | | |

Q5b：服薬・治療などの対処をした場合、1回の頭痛はだいたいどれくらい続きますか？最も当てはまる選択肢に○をつけてください。

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 30 分未満 | ☐ 4 時間以上～1 日以内 | ☐ 絶え間なく持続する |
| ☐ 30 分以上～1 時間未満 | ☐ 1 日以上～3 日以内 | |
| ☐ 1 時間以上～4 時間未満 | ☐ 3 日以上～7 日以内 | |
| ☐ その他 () | | |

Q6：頭痛はどれくらいの頻度で起こりますか？いずれか1つだけ○をつけてください。

- | |
|---|
| ☐ 1 か月に 1 日未満 |
| ☐ 1 か月に 15 日未満 |
| ☐ 1 か月に 15 日以上 |
| ☐ 数時間～数日間、または絶え間なく続く |

Q7：痛みの強さは平均してどの程度ですか？いずれか1つに○をつけてください。

(弱・ 弱～中 ・ 中 ・ 中～強 ・ 強)

Q8a：痛む場所はどちら側ですか？いずれか1つにチェックをつけてください。

- | | |
|--------------------------------|--|
| ☐ いつも右側 | ☐ いつも片側だが左右は時によって違う |
| ☐ いつも左側 | ☐ 両側の時もあれば、片側の時もある |
| ☐ いつも両側 | |

Q8b：Q8aで「いつも片側だが左右は時によって違う」か「両側の時もあれば、片側の時もある」と回答した方のみお答えください。i)両側の時、ii)右側の時、iii)左側の時はそれぞれ何%ですか？

i) _____ ii) _____ iii) _____

Q8c：痛みの強さの割合について聞きます。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ 左右同じ | ☐ 左＞右 |
| ☐ 右＞左 | ☐ 右＞左のときと左＞右のときがある |

Q9：痛みの性質について当てはまるものに○をつけてください（複数選択可）。

「その他」を選んだ場合には、（ ）内に具体的な内容をご記入ください。

- | |
|---|
| ☐ 脈に合わせるような、ズキズキ、ズキンズキンという痛み |
| ☐ ギューっと締め付けられるような、圧迫されるような重い痛み |
| ☐ その他（ ） |

Q10：痛みの性質について質問します。以下の項目に「はい」または「いいえ」に○をつけてください。

Q10a. 歩行や、階段の昇り降りのような日常的な動作によって痛みが悪化しますか？

（ はい ・ いいえ ）

Q10b. 頭痛が起きたときは、歩行や、階段の昇り降りのような日常的な動作を避けますか？

（ はい ・ いいえ ）

Q11：頭痛時の症状について、以下の a~d の項目にお答えください。

Q11a：吐き気（悪心）はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

Q11b：実際に吐くことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

Q11c：光に敏感になって、光がまぶしく感じますか？ （ はい ・ いいえ ）

Q11d：音に敏感になって、音がうるさく感じますか？ （ はい ・ いいえ ）

Q12a : 頭痛のために薬を飲むことがありますか？ (ある ・ ない)

Q12b : その薬はどれにあれば済みますか？

(処方薬 (トリプタンを含む) ・ 処方薬 (鎮痛薬のみ、トリプタンなし) ・ その他)

Q12c : 頭痛のために飲んでいる痛み止めの薬を、3 ヶ月以上の間、定期的に飲んでいたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

Q12d : その薬を飲む頻度はどれくらいですか？

☐月に 15 回以上

☐月に 2～4 回

☐月に 10～14 回

☐月に 1 回

☐月に 5～9 回

☐月に 1 回以下

Q13 : 頭痛が起きる前に、下記に該当するような前兆はありますか？一視覚症状、感覚症状、言語症状、運動症状、脳幹症状、網膜症状一

(あてはまる前兆がある ・ あてはまる前兆はない)

Q14 : 頭痛が起こる前の前兆は、5 分～60 分程度持続しますか？ (はい ・ いいえ)

Q15 : このアンケートについて感想をお聞かせください (わかりにくかったところ、必要あるいは不要に感じた質問など)

質問は以上となります。

ご協力いただき、ありがとうございました。

この調査は頭痛を判別するためのツールを作成するために用いられます。