片頭痛の服薬記録シート

空欄のシート・ 手書きで記入・ A4（USレターにも収まります）· dim.arvetechapps.com・ 記録を整理するためのシートで、診断テストではありません

日付	時刻	薬の種類	薬名・実際の服用量	服用時の痛み（0–10）	観察した変化・時刻	質問・望ましくない変化

薬の種類: トリプタン · 複合鎮痛薬 · オピオイド · エルゴタミン · 単一成分の鎮痛薬・ NSAIDs · ゲパント・ ジタン・ その他 · なし

1か月の一覧 – 毎日チェック

月：_____

日	頓服薬	トリプタン等	単一鎮痛薬
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
合計			

頓服薬を使った日数	複数種類の併用で10日以上
トリプタン・複合鎮痛薬・オピオイド・エルゴタミンを使った日数	10日以上
単一成分の鎮痛薬・NSAIDsを使った日数	15日以上

ICHD-3（1.3 慢性片頭痛、8.2 薬剤の使用過多による頭痛）の目安は、3か月を超えて定期的に使用している場合のものです。月ごとの日数は受診時の相談材料であり、診断ではありません。同じ日に複数回服用しても1日と数えます。