頭痛ダイアリー 無料テンプレート：印刷・ PDF対応

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	頭痛（はい/いいえ）	最も強い痛み（0–10）	痛み・ 持続時間	症状・ 生活への影響	頓服薬（はい/いいえ）	薬の種類	薬・ メモ

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	頭痛	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				

頭痛のあった日数	3か月超で15日以上：慢性の範囲
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。