# 偏头痛用药记录表

空白表格 · 手写填写 · A4，也适用于 US Letter · dim.arvetechapps.com · 用于整理记录的表格，不是诊断测试

| 日期 | 时间 | 药物类型 | 药物 / 实际用量 | 服药时疼痛（0–10） | 观察到的反应 / 时间 | 问题 / 不希望出现的变化 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

药物类型: 曲坦类 · 复方镇痛药 · 阿片类 · 麦角胺类 · 单方镇痛药 / NSAID · 吉泮类 / 地坦类 / 其他 · 无

# 一个月一览 – 每天打勾

月份：_____

| 日 | 急性期药物 | 曲坦类等 | 单方镇痛药 |
|---|---|---|---|
| 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 | | | |
| 合计 | | | |

| | |
|---|---|
| 使用任何急性期药物的天数 | 多类药物合计 ≥10 天 |
| 使用曲坦类、复方镇痛药、阿片类或麦角胺类的天数 | ≥10 天 |
| 使用单方镇痛药或 NSAID 的天数 | ≥15 天 |

ICHD-3 参考值（1.3 慢性偏头痛；8.2 药物过度使用性头痛）适用于规律使用超过 3 个月的情况。月度计数是就诊沟通的依据，不是诊断。同一天多次服药按一天计算。