

FEJFÁJÁS-KÉRDŐÍV

Név: Kor: év Foglalkozás:

HA TÖBB FÉLE FEJFÁJÁSA IS VAN, KÉRJÜK, HOGY A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEKRE KÜLÖNBÖZŐ JELÖLÉSEKKEL VAGY SZÍNEKKEL VÁLASZOLJON

1. Kb. hány fejfájása volt az elmúlt 1 hónapban?
2. MILYEN GYAKRAN FÁJ A FEJE?
Mindennap
Hetente többször
Hetente egyszer
Havonta 1-2-szer
Ritkábban
Van olyan időszak, hogy majdnem minden nap, de aztán hosszabb ideig egyáltalán nem fáj
3. A fejfájás féloldali? Igen Nem Ha igen: Mindig azonos oldali? Igen Nem
4. ÁLTALÁBAN HOL FÁJ A FEJE? MILYEN A FEJFÁJÁS?

homloktájon	<input type="checkbox"/>	görcsös	<input type="checkbox"/>
szemkörnyéken	<input type="checkbox"/>	lüktető	<input type="checkbox"/>
halántéktájon	<input type="checkbox"/>	hasító	<input type="checkbox"/>
tarkótájon	<input type="checkbox"/>	szűrő	<input type="checkbox"/>
fejtetőn	<input type="checkbox"/>	nyomó	<input type="checkbox"/>
egész fejem fáj	<input type="checkbox"/>	feszítő	<input type="checkbox"/>
5. MILYEN ERŐS A FÁJDALOM? (ha nem vesz be gyógyszert)
enyhe (a szokásos napi tevékenységet nem zavarja)
közepes (a szokásos napi tevékenységet zavarja)
súlyos (a szokásos napi tevékenységet nagyon zavarja vagy meggátolja)
6. MEDDIG TART ÁLTALÁBAN EGY FEJFÁJÁS? (ha nem vesz be miatta gyógyszert)
néhány perc, vagy még kevesebb
10 perc - 2 óra között
2 és 4 óra között
4 óránál több, 3 napnál kevesebb ideig
3 napnál hosszabb
7. KÍSÉRI-E A FEJFÁJÁST AZ ALÁBBIK VALAMELYIKE? (a megfelelőt jelölje)

Hányinger:	<input type="checkbox"/>	Hányás:	<input type="checkbox"/>
Fénytúlérzékenység:	<input type="checkbox"/>	Hangtúlérzékenység:	<input type="checkbox"/>
Szagtúlérzékenység:	<input type="checkbox"/>	Kipirulás:	<input type="checkbox"/>
Könnyezés a fájdalom oldalán:	<input type="checkbox"/>	A szem kivörösödése a fájdalom oldalán:	<input type="checkbox"/>
Orrfolyás a fájdalom oldalán:	<input type="checkbox"/>	Orrdugulás a fájdalom oldalán:	<input type="checkbox"/>
8. HA FEJFÁJÁSA ALATT SZATYROT CIPEL VAGY LÉPCSŐN FELSÉTÁL, EZ FELERŐSÍTI A FÁJDALMAT? Igen Nem

