

## 首こり病セルフチェック

※①～③⑩の各項目に1つでもチェックがあれば「はい」を選択

### A.こり・痛み(緊張性頭痛)

- |   |        |
|---|--------|
| ① <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 頭が重い | はい・いいえ |
| ② <input type="checkbox"/> 首が痛い <input type="checkbox"/> 首がこる | はい・いいえ |
| ③ <input type="checkbox"/> 肩がこる <input type="checkbox"/> 肩が重い | はい・いいえ |
|   | 個      |

### B.ふらつき・めまい

- |   |        |
|---|--------|
| ④ <input type="checkbox"/> めまいがある <input type="checkbox"/> 天井や外界がまわった                                   | はい・いいえ |
| ⑤ <input type="checkbox"/> フワフワ感がある <input type="checkbox"/> フラフラ感がある <input type="checkbox"/> なんとなく不安定 | はい・いいえ |
|   | 個      |

### C.自律神経症状(失調症)

- |   |        |
|---|--------|
| ⑥ <input type="checkbox"/> 吐き気がある <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 胃痛・不快感 <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい  | はい・いいえ |
| ⑦ <input type="checkbox"/> 血圧が不安定 <input type="checkbox"/> 血圧が200前後になる  | はい・いいえ |
| ⑧ <input type="checkbox"/> 暖かいところに長くいられない <input type="checkbox"/> 寒いところに長くいられない  | はい・いいえ |
| ⑨ <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい <input type="checkbox"/> 汗が出ない   | はい・いいえ |
| ⑩ <input type="checkbox"/> 静かにしているのに心臓が急にドキドキする <input type="checkbox"/> 脈が急に遠くなる   | はい・いいえ |
| ⑪ <input type="checkbox"/> 目が見えにくい <input type="checkbox"/> 像がぼやける  | はい・いいえ |
| ⑫ <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい <input type="checkbox"/> 目が痛い  | はい・いいえ |
| ⑬ <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 目を開けていられない   | はい・いいえ |
| ⑭ <input type="checkbox"/> 目が乾燥する <input type="checkbox"/> 涙が出すぎる   | はい・いいえ |
| ⑮ <input type="checkbox"/> 口が渇く、つばが出ない <input type="checkbox"/> つばが多い   | はい・いいえ |
| ⑯ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢便秘を繰り返す <input type="checkbox"/> 腹痛など胃腸症状がある | はい・いいえ |
| ⑰ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 風邪気味のことが多い   | はい・いいえ |
| ⑱ <input type="checkbox"/> 頭がのぼせる <input type="checkbox"/> 手足・指先が冷たい・しびれる   | はい・いいえ |
|   | 個      |

### D.気分の問題(気分障害)

- |  |        |
|--|--------|
| ⑲ <input type="checkbox"/> すぐに横になりたくなる <input type="checkbox"/> 昼間から横になってしまう           | はい・いいえ |
| ⑳ <input type="checkbox"/> 疲れやすい(全身倦怠感) <input type="checkbox"/> 全身がだるい                | はい・いいえ |
| ㉑ <input type="checkbox"/> 何もする気が起きない <input type="checkbox"/> 意欲または気力がない              | はい・いいえ |
| ㉒ <input type="checkbox"/> 天気悪化の前日に症状が強くなる <input type="checkbox"/> 天気予報がよく当たる         | はい・いいえ |
| ㉓ <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 気が滅入りそう                    | はい・いいえ |
| ㉔ <input type="checkbox"/> 1つのことに集中できない <input type="checkbox"/> 今まで好きでやっていたことに興味を持てない | はい・いいえ |
| ㉕ <input type="checkbox"/> わけもなく不安だ <input type="checkbox"/> いつも不安感がある                 | はい・いいえ |
| ㉖ <input type="checkbox"/> イライラしている <input type="checkbox"/> 焦燥感がある                    | はい・いいえ |
| ㉗ <input type="checkbox"/> 根気がない <input type="checkbox"/> 仕事や勉強を続けられない                 | はい・いいえ |
| ㉘ <input type="checkbox"/> 夜、寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚めることが多い             | はい・いいえ |
|  | 個      |

### E.しびれ(末梢神経障害)

- |  |        |
|--|--------|
| ㉙ <input type="checkbox"/> 腕がしびれる  | はい・いいえ |
| ㊱ <input type="checkbox"/> 胸部が痛い <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感がある <input type="checkbox"/> 胸がしびれる | はい・いいえ |
|  | 個      |

●4項目以下……問題なし ●5～10項目……軽症 ●11～17項目……中症

●18～22項目……重症 ●23項目以上……最重症

合計 個