馬偕神經科頭痛日誌　　年　月份　　姓名：　　病歷號碼：　　下次回診日期：　月　日

日期	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
頭痛程度（1= 小痛　2= 中痛　3= 大痛）請填數字 1 ,2 或 3，沒有頭痛時段則留空白																															
早上																															
下午																															
晚上																															
睡眠																															
頭痛伴隨症狀，若有請打勾																															
噁心或嘔吐																															
怕光 /怕吵																															
搏動性疼痛																															
單邊頭痛																															
需休息睡覺																															
頭痛前有預兆出現嗎？（例如眼前出現閃光、部份視野看不見等等……），若有請打勾																															
有預兆																															
當日頭痛幾小時？ 請填數字，例如 4(小時)， 10(小時)…																															
頭痛幾小時																															
服用急性止痛藥物名稱及數量，規則服用的預防藥物不須填寫																															
消炎止痛●																															
英明格 ▲																															
羅莎疼 ⬬																															
普拿疼 ⬬																															
其他：_____																															
止痛藥有效嗎？（0 = 沒效　1= 一點點效　2= 有效　3= 完全不痛） 請填數字																															
止痛藥效果																															
誘發因素（生理期、壓力、睡眠不足或改變、假日睡太多、氣候等等……），若有請自行填入，更能找出你的頭痛誘發因子以避免之																															
生理期打勾																															
其他因素？																															