



にわファミリークリニック

頭痛の支障度(MIDAS)

あなたの頭痛について質問します。この結果で頭痛がどれだけ日常生活に支障をきたしているかを、知ることができます。

このシートを元に、医師とご相談ください。

記入のしかた：過去3か月の間にあったすべての頭痛について、以下の質問にお答え下さい。

それぞれの質問の右側の欄に答えを記入して下さい。該当する出来事がなければ、0(ゼロ)と記入します。

1.過去3か月の間で、頭痛のために仕事または学校を休んだ日が何日ありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
2.過去3か月の間で、頭痛のために仕事や学校での勉強がいつもの半分以下しかできなかった日 が何日ありましたか (質問1で、仕事または学校を休んだ日がある場合は、その日数は入れないでください)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
3.過去3か月の間で、頭痛のために家事が出来なかった日が何日ありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
4.過去3か月の間で、頭痛のために家事がいつもの半分以下しかできなかった日が何日ありましたか (質問3で、家事が出来なかった日がある場合は、その日数は入れないでください)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
5.過去3か月の間で、頭痛のために家庭での行事や、付き合い・用事や遊びが出来なかった日が何日かありましたか	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
合計	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
A.過去3か月の間で、頭痛のあった日は何日ありましたか(頭痛が1日以上続いた場合は、それぞれの日を1日と数えて下さい)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
B.頭痛の程度について、0~10点で採点するとすれば、平均で何点でしたか(この場合、まったく頭痛がなかった場合は0点、これ以上ないくらい痛かった場合を10点とします)	<input type="text"/> <input type="text"/> 日	
● MIDAS 評価のしかた		
質問1~5に対して、あなたが記入した日数を合計し、スコア票に照合して支障度を評価します。		
MIDSのスコアは、重症度に応じて以下の4段階に分類されます。		
評価段階	定義	スコア(合計日数)
I	日常生活に支障全くなし、またはほとんどなし	0 ~ 5
II	日常生活に軽度の支障	6 ~ 10
III	日常生活に中等度の支障	11 ~ 20
IV	日常生活に重度の支障	21+

質問A、Bをも含むすべての回答結果を評価することにより、頭痛による日常生活への支障度のみならず、重症度をも確認できるしくみになっています



あなたの頭痛についてのアンケート

にわファミリークリニック

このアンケート頭痛のせいで、あなたがどのように感じているか、また、どのようなことに支障をきたしているかを正確に表現し伝えることをお手伝いするために作られました。1～6の質問でもっとも当てはまるものに○をつけて下さい。

1 頭が痛いとき、痛みがひどいことがどれくらいありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

2 頭痛のせいで、日常生活に支障が出ることがありますか？

(例えば、家事、仕事、学校生活、人付き合いなど)

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

3 頭が痛いとき、横になりたくなることがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

4 この4週間に、頭痛のせいで疲れてしまって、仕事やいつもの活動ができないことがありましたか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

5 この4週間に、頭痛のせいで、うんざりしたりいらいらしたりしたことがありますか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

6 この4週間に、頭痛のせいで、仕事や日常生活の場で集中できないことがありましたか？

全くない	ほとんどない	時々ある	しばしばある	いつもそうだ
------	--------	------	--------	--------

【 】

第1選択肢
(各6点)

【 】

第2選択肢
(各6点)

【 】

第3選択肢
(各10点)

【 】

第4選択肢
(各11点)

【 】

第5選択肢
(各13点)

【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】 + 【 】

各選択肢の得点を合計して総合得点を出します。

この結果をもとに、医師の診察を受けて下さい。

総合得点

点数が高いほど、生活への影響が大きいことを意味します。

(最低点 36 点～最高点 78 点)