頭痛の医療連携紹介シート

患者氏名　　生年月日　　年　　月　　日

以下にあてはまる方は専門医への紹介が望ましいです

□ 「突然の」、「今までと違う」、「初発の」頭痛が出現した
□ 片頭痛らしくなく*、診断に難渋している
□ 頭痛が 1 か月に 15 日以上ある
□ 発作頓挫薬（痛み止め）を 1 か月に 10 日以上服用している、予防的に服用している
□ 頭痛により、日常生活に支障が目立つ（家事や仕事、学校などの社会活動ができない）
□ 現在の治療に対して効果が不十分である

＊ 片頭痛らしさ
・以下の頭痛発作を 5 回以上経験している（初発では診断はつきません）
・頭痛の持続時間が 4～72 時間
・以下の 2 項目をみたす
1. 片側性　2. 拍動性　3. 中等度から重度の頭痛　4. 日常的な動作で頭痛が増悪する
・頭痛発作中に以下の 1 項目をみたす
1. 悪心または嘔吐　2. 光過敏及び音過敏

受診後のご希望　（患者様のご希望に沿い、ご相談いたします）

□ 紹介先で精査し、診断後（治療前）に逆紹介をご希望
□ 紹介先で診断後に加療を開始し、軽快したのちに逆紹介をご希望
□ 紹介先で継続的な加療をご希望
□ 特にご希望なし

CGRP 関連製剤**を投与後に貴院で継続は可能でしょうか。

□ 可能
□ 不可能
□ どちらかわからない

＊＊ Calcitonin gene-related peptide（CGRP）抗体の ガルカネズマブ，フレマネズマブ、CGRP 受容体抗体のエレヌマブ（2023 年 11 月現在）
投与に際し、最適使用推進ガイドラインにより施設、医師要件がございます。
ご参照頂けますと幸いです。

文責　大垣市民病院神経内科　頭痛外来担当医　古川宗磨