

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 関連抗体薬**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（2026年10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。
なお、ゲパント製剤（リメゲパント、アトゲパント）にはこれらの要件はございません。