두통일기

이름 _____ 연월 _____

일	두통 시작~종료	통증 0–10	조짐 O / X	증상 구 광 음	약물, 용량, 복용 시각	2시간 후 통증 소실?	월경 일	의심되는 유발요인, 메모
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

증상: 구 구역 또는 구토, 광 빛 과민, 음 소리 과민. **통증:** 0 없음, 10 상상할 수 있는 가장 심한 통증. **약물:** 한 번 복용분마다 한 줄에 적습니다. 예: “수마트립탄 50 mg 08:30”. **2시간 후 통증 소실:** 첫 복용 2시간 후 두통이 사라졌다면 O. **월경일:** 1은 출혈 첫째 날입니다.

두통일기

이름 _____ 연월 _____

일	두통 시작~종료	통증 0–10	조짐 O / X	증상 구 광 음	약물, 용량, 복용 시각	2시간 후 통증 소실?	월경 일	의심되는 유발요인, 메모
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

월간 요약

두통이 있었던 날 _____

트립탄 복용일 (한도 10) _____

NSAID 또는 아스피린 복용일 (한도 15) _____

아세트아미노펜 복용일 (한도 15) _____

급성기 약물 복용일 전체 _____

결근 또는 결석한 날 _____

한도는 국제두통질환분류(ICHD-3)의 약물과용두통 기준에서 정한 한 달 일수입니다. 복용 횟수가 아니라 날짜를 셉니다. 집계 결과는 의사와 상의하십시오.