



HAVA 哈佛生技藥業股份有限公司
HAVA BIO-PHARMA CORPORATION

本頭痛日記內容根據台灣頭痛學會建議，僅供醫療人員衛教使用，
不可取代求醫之需要，亦不能作為自我診斷或選擇治療的依據，
關於個人疾病治療計畫請向您的醫療團隊諮詢專業建議。

Teva Pharmaceutical Hong Kong Limited Taiwan Branch
C/O Hava Bio-pharma Corp.
地址：台北市松山區敦化北路 311 號 電話：02-27134242



2022年
06月

請每日填寫頭痛日記，紀錄您的狀況！
可於就診時提供醫師參考，助於討論治療方針！

下次回診日期：
09月/15日

日期 請圈選月經來的日期

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

14 15 16 17

1. 請填入日期

23 24 25 26 27 28 29 30 31

是否有頭痛

早上	
下午	
晚上	

3

5

2. 請圈選日期

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

3. 請填入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐	
怕光	
怕吵	
搏動性疼痛	
單側頭痛	
活動使頭痛加劇	

✓

✓

4. 請勾選伴隨症狀

頭痛持續時間 (小時)

8

5. 請填入頭痛幾小時

壓力指數 (1-10)

況填入數字

✓

○

8

6. 若有服用止痛藥請打勾，
並標記是否有效：○有效 / × 無效

7. 請填入數字

8. 請註記您從事的運動

其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)	
止痛藥效果 (O/X)	
壓力指數 (1-10)	
運動項目	6/5慢跑、6/20爬樓梯、6/23騎腳踏車

*內容根據台灣頭痛學會之建議制定

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
___月 / ___日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上													
下午													
晚上													

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐													
怕光													
怕吵													
搏動性疼痛													
單側頭痛													
活動使頭痛加劇													

頭痛持續時間 (小時)

其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)													
止痛藥效果 (O/X)													
壓力指數 (1-10)													
運動項目													

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
____月 / ____日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上															
下午															
晚上															

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐															
怕光															
怕吵															
搏動性疼痛															
單側頭痛															
活動使頭痛加劇															

頭痛持續時間 (小時)

其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)															
止痛藥效果 (O/X)															
壓力指數 (1-10)															
運動項目															

*內容根據台灣頭痛學會之建議制定

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：

___月 / ___日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上													
下午													
晚上													

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐													
怕光													
怕吵													
搏動性疼痛													
單側頭痛													
活動使頭痛加劇													

頭痛持續時間 (小時)

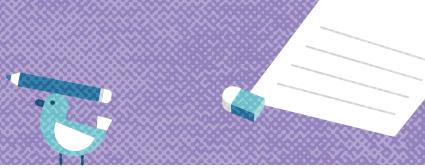
其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)													
止痛藥效果 (O/X)													
壓力指數 (1-10)													
運動項目													

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
—月／—日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上							
下午							
晚上							

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐					
怕光					
怕吵					
搏動性疼痛					
單側頭痛					
活動使頭痛加劇					

頭痛持續時間 (小時)

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc.

其他狀況記錄

有服用止痛藥(√)						
止痛藥效果(O/X)						
壓力指數(1-10)						
運動項目						

*內容根據台灣頭痛學會之建議制定

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
___月 / ___日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上												
下午												
晚上												

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐												
怕光												
怕吵												
搏動性疼痛												
單側頭痛												
活動使頭痛加劇												

頭痛持續時間 (小時)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)												
止痛藥效果 (O/X)												
壓力指數 (1-10)												
運動項目												

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
___月 / ___日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上												
下午												
晚上												

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐												
怕光												
怕吵												
搏動性疼痛												
單側頭痛												
活動使頭痛加劇												

頭痛持續時間 (小時)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)												
止痛藥效果 (O/X)												
壓力指數 (1-10)												
運動項目												

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
____月 / ____日

日期 請圈選月經來的日期

	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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

是否有頭痛

早上															
下午															
晚上															

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐																
怕光																
怕吵																
搏動性疼痛																
單側頭痛																
活動使頭痛加劇																

頭痛持續時間 (小時)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

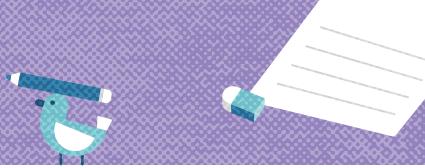
其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)															
止痛藥效果 (O/X)															
壓力指數 (1-10)															
運動項目															

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
____月 / ____日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上							
下午							
晚上							

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐					
怕光					
怕吵					
搏動性疼痛					
單側頭痛					
活動使頭痛加劇					

頭痛持續時間 (小時)

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc.

其他狀況記錄

有服用止痛藥(√)						
止痛藥效果(O/X)						
壓力指數(1-10)						
運動項目						

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
____月 / ____日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上														
下午														
晚上														

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐														
怕光														
怕吵														
搏動性疼痛														
單側頭痛														
活動使頭痛加劇														

頭痛持續時間 (小時)

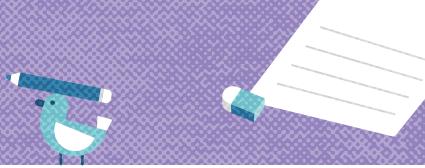
其他狀況記錄

有服用止痛藥 (✓)														
止痛藥效果 (O/X)														
壓力指數 (1-10)														
運動項目														

年
月

頭痛日記*

(請依您的狀況在欄位中勾選、註記或填入數字)



下次回診日期：
____月 / ____日

日期 請圈選月經來的日期

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

是否有頭痛

早上							
下午							
晚上							

1 最輕微疼痛 ~ 10 痛得最厲害，請依程度調入數字

伴隨症狀

噁心或嘔吐					
怕光					
怕吵					
搏動性疼痛					
單側頭痛					
活動使頭痛加劇					

頭痛持續時間 (小時)

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc.

其他狀況記錄

有服用止痛藥(√)						
止痛藥效果(O/X)						
壓力指數(1-10)						
運動項目						

*內容根據台灣頭痛學會之建議制定