

I.1 Kuesioner Identitas Diri

Nama :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :
:
:
:
Pekerjaan :
Status :
Riwayat KB :
Riwayat Obat-obatan :
Riwayat Penyakit :
Sedang Menstruasi :
:
BP Berbaring :
BP Berdiri :
BP Berdiri 3 menit :

Dengan ini saya menyatakan telah memberikan keterangan yang sejujurnya, dan bersedia menjadi subyek penelitian dengan judul “Hubungan Migrain terhadap Respon Tekanan Darah.”

Yogyakarta, Agustus 2009

(.....)

I.1 Kuesioner Diagnosis Migrain

No	Keluhan		Ya	Tidak
1	Selama 3 bulan terakhir, apakah nyeri kepala yang anda rasakan sedang sampai dengan berat?	:		
2	Biasanya nyeri kepala yang muncul hanya disalah satu bagian kepala?	:		
3	Ketika terjadi serangan nyeri kepala, apakah mengganggu aktivitas anda?	:		
4	Apakah anda terkadang sebelum anda mengalami serangan nyeri kepala, anda melihat ada cahaya, garis?	:		
5	Apakah selama serangan nyeri kepala anda merasakan sakit perut atau muntah?	:		
6	Apakah nyeri kepala yang anda rasakan biasanya nyut-nyutan, serasa ditusuk, pounding?	:		
7	Apakah nyeri kepala anda muncul ketika sedang mengalami menstruasi?	:		
8	Apakah ada riwayat keluarga yang mengalami hal serupa?	:		