

睡眠障害のための問診票 1/2

来院日

ID :

フリガナ		男・女	年齢	職業	身長:	cm
氏名					体重:	kg
					体温:	℃

下記の質問にお答え下さい。(該当する項目に記入、もしくは○をつけて下さい。)

<p>1. 今回どのような症状で受診されますか。</p> <p>いびきがひどい・睡眠中に呼吸が止まる・熟睡できない・昼間とても眠い 起床時に頭が痛い/重い・足がむずむずして寝られない・夜間トイレが近い・急に脱力感を感じる その他 ()</p>		
<p>2. その症状はいつ頃から起こりましたか。</p> <p>1ヵ月以内・半年以内・1年以内・2~3年以内・それ以前から</p>		
<p>3. いびき・無呼吸がある方は、誰から指摘されましたか。</p> <p>家族/配偶者・友人/同僚・かかりつけの医師・会社の検診</p>		
<p>4. この10年間に体重は増えましたか。</p> <p>()kgくらい増えた</p>	はい	いいえ
<p>5. 現在までに以下の疾患を指摘されたり、治療を受けたことはありますか。</p> <p>高血圧症・脂質異常症(コレステロール高値・中性脂肪高値)・糖尿病 尿酸値高値・心臓病(不整脈・狭心症・心不全) アレルギー性鼻炎・花粉症・副鼻腔炎(蓄膿)・扁桃腺肥大</p>	はい	いいえ
<p>6. 現在飲んでいる薬はありますか。</p> <p>[薬の名前]</p>	はい	いいえ
<p>7. お酒はどのくらい飲まれますか。</p> <p>(頻度: 回/週)(種類:)(量: ml)</p>	はい	いいえ
<p>8. タバコは吸いますか。(1日 本、年間)</p> <p>※「いいえ」の方→以前喫煙していた場合(歳から 歳まで、1日 本喫煙)</p>	はい	いいえ
<p>9. 現在、妊娠中ですか。又は妊娠の可能性はありますか。</p>	はい	いいえ
<p>10. 現在、授乳中ですか。</p>	はい	いいえ

2枚目へ

睡眠障害のための問診票 2/2

来院日

ID :

氏名:

このアンケートは、”昼間の眠気”を推定するためのテストです。
最近の日常生活を思い出して、教えてください。

該当する数字に○をつけて下さい。

状況	決してウトウトしない	時々ウトウトする	よくウトウトする	大体いつもウトウトする
※最近行っていない状況の場合は、 そうした状況を仮定してお答えください。				
●座って読書しているとき	0	1	2	3
●テレビを見ているとき	0	1	2	3
●公の場所(劇場や会議の場)で座って何もしないとき	0	1	2	3
●1時間続けて車に乗せてもらっているとき	0	1	2	3
●状況が許せば、午後横になって休息する時	0	1	2	3
●座って誰かと話をしているとき	0	1	2	3
●昼食後(お酒を飲まずに)静かに座っているとき	0	1	2	3
●自分が運転をしており、交通渋滞で 2～3分止まっているとき	0	1	2	3

○を付けた数字を足してください。

合計点 _____ 点

ご協力ありがとうございました。