

問診票

平成 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (歳) 男・女

生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日 電話番号 ()

住所 〒 - 携帯番号 ()

住所 〒 - 県 (市・町・村)

身長(cm) 体重(kg) 体温(°C)

1 紹介状はお持ちですか?	あり	なし	
2 どのような症状でお困りですか?それはいつからですか?			
3 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか?	はい	いいえ	
4 かかりつけの医療機関はありますか?	はい	いいえ	
(医療機関名:)			
5 現在治療中の病気はありますか?	はい	いいえ	
(病名:)			
6 服用している薬はありますか?	はい	いいえ	
(服用薬全て記載:)			
7 今までに病気、けが、あるいは入院などの経験はありますか?	はい	いいえ	
(病名等:)			
8 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?	はい	いいえ	
(薬名/食べ物)			
9 たばこは吸いますか?	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (1日 本 年間)		
お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 1~2/ 週2~3 /週3~4 /毎日 /時々)		
10 女性の方へ			
妊娠していますか?	はい(週目)	可能性あり	いいえ
授乳中ですか?	はい	いいえ	
11 どのようにして当院をお知りになりましたか? 以下からお選びください。			
(紹介(口コミ等) ・ インターネット ・ その他)			

《 睡眠時無呼吸検査前アンケート 》

このアンケートは睡眠時無呼吸の検査を受けられるにあたり、前もって普段の睡眠状態をお聞きしているものです。わかる範囲で結構ですので、ご協力ください。

お名前： _____ 年齢： _____ 才 _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※測定を行います※

身長： _____ cm 体重： _____ kg 酸素濃度： _____ %
血圧： _____ / _____ mmHg 脈拍： _____ 回/分

I. 普段の睡眠状態について

1. いつも何時ごろ、おやすみになりますか？ _____ 時 _____ 分頃
2. 朝は何時ごろに起きられますか？ _____ 時 _____ 分頃
3. 夜中に目が覚めてトイレに行かれますか？ (はい ・ いいえ)
⇒ 「はい」と答えられた方へ
何回くらいトイレに行かれますか？ _____ 回
それは何時ごろですか？ _____ 時 _____ 分頃
_____ 時 _____ 分頃
4. トイレに行く以外に夜中に目を覚ます事がありますか？ (はい ・ いいえ)
⇒ 「はい」と答えられた方へ
何回くらい目を覚ましますか？ _____ 回
それは何時ごろですか？ _____ 時 _____ 分頃
_____ 時 _____ 分頃

目を覚ます原因を教えてください
(息苦しくなる ・ なんとなく ・ 足がむずむずする ・ その他)
5. 寝返りをよくうちますか？ (はい ・ いいえ)
6. 寝付きは良いほうですか？ (はい ・ いいえ)
⇒ 「いいえ」と答えられた方へ
寝付くまでどの位時間がかかりますか？ _____ 分位
7. 寝起きは良い方ですか？ (はい ・ いいえ)
⇒ 「いいえ」と答えられた方へ
完全に目が覚めるまで、どの位時間がかかりますか？ _____ 分位
寝起きの悪い具体的な内容を教えてください
(例：頭痛、寝足りない、なかなか目が覚めない、頭がスッキリしない、など)

8. 寝付き初めに、足がむずむずする事がありますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 それは、いつ頃から感じるようになりましたか？ _____ 才頃
 その頻度は、どの程度ですか？ (毎晩 ・ ときどき ・ まれに)
9. 朝起きた時に、のどが渴いていますか？ (はい ・ いいえ)
10. 朝起きた時に、よく汗をかいていますか？ (はい ・ いいえ)
11. 総合的に、ご自分の睡眠状態をどのように評価しますか？
 (十分 ・ わからない ・ 不十分)

II. いびき・無呼吸・眠気の状態について

1. いびきはかきますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 どのような場合にいびきをかき事が多いですか？
 (例：お酒を飲んだ時、疲れている時、仰向けに寝ている時など)

2. いつ頃から、“いびきをかき”との指摘を受け始めましたか？ _____ 才頃
3. 息が止まっている(無呼吸)との指摘を受けた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 それは、いつ頃から指摘を受けはじめましたか？ _____ 才頃
 その頻度は、どの程度ですか？ (寝ると毎回 ・ ときどき ・ まれに)
4. 昼間、眠くなる事がありますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 毎日、昼間眠くなりますか？ (はい ・ いいえ)
 それは、いつ頃から感じるようになりましたか？ _____ 才頃
5. お酒は毎晩飲まれますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 どの程度、飲まれますか？ _____
6. 現在、鼻症状はありますか？ (はい ・ いいえ)
 ⇒ 「はい」と答えられた方へ
 どのような症状ですか？ (鼻詰まり ・ 鼻水 ・ その他 _____)

最後に、このアンケートは、“昼間の眠気”を測定するためのテストです。

<p style="text-align: center;">《 状況 》</p> <p>※ 以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。(各項目につき○は一つだけ付けてください)</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl;">ウトウトする可能性はほとんどない</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl;">ウトウトする可能性は少しある</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl;">ウトウトする可能性は半々くらい</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl;">ウトウトする可能性が高い</p>
● 座って何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）	0	1	2	3
● 座ってテレビを見ているとき	0	1	2	3
● 会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
● 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
● 午後に横になって、休息をとっているとき	0	1	2	3
● 座って人と話をしているとき	0	1	2	3
● 昼食をとった後（飲酒なし）、静かに座っているとき	0	1	2	3
● 座って手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

合計点 _____

お疲れ様でした。以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました