

# 睡眠外来問診票

初診日 年 月 日

氏名 年齢 歳 性別 男 ・ 女

1) 受診の理由、睡眠でお困りのことをお聞かせください。

- 睡眠中のいびき、無呼吸を家族に指摘された    睡眠中の息苦しさ  
日中の眠気    睡眠中に何回も目が覚めてしまう  
血圧が高い    その他 ( )

2) ご職業は? ( )

- 夜勤や交替勤務はありますか?    はい ・ いいえ  
はいの方、週に何回ぐらいありますか? (週 回)

3) 今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか?    はい ・ いいえ

(該当するものにチェックを入れ、出来るだけ詳しくお書きください)

- 高血圧    高脂血症    糖尿病    不眠症    喘息    扁桃肥大  
不整脈 ( )    心疾患 ( )    気胸    肺気腫  
脳梗塞・脳血管障害 ( )    うつ病その他精神疾患 ( )  
アレルギー性鼻炎    花粉症    蓄膿症  
感染症 ( )    その他 ( )

4) 内服中のお薬はありますか?    はい ・ いいえ

薬剤名 ( )

5) 現在、過去において喫煙されたことはありますか?    はい ・ いいえ

はいの方、喫煙歴を教えてください。

現在あり ( 歳から平均 本/日を 年間)  
過去あり ( 歳から平均 本/日を 年間)

6) アルコール類をお飲みになりますか?    はい ・ いいえ

頻度は?    毎日 ・ 週 3-4 回 ・ 週 1-2 回 ・ 機会があれば

7) 寝付くために睡眠薬、安定剤を服用されていますか?    はい ・ いいえ

薬剤名が分かれば教えてください。 ( )

8) 日中の眠気に関する質問です。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以下の0から3で必ずお答えください。（問1～8の各項目それぞれに、1つだけ選んでください。）

うとうとする可能性はほとんどない：0

うとうとする可能性は少しある：1

うとうとする可能性は半々くらい：2

うとうとする可能性が高い：3

問1 すわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）

問2 すわってテレビを観ているとき

問3 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき

問4 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき

問5 午後になって横になって、休息をとっているとき

問6 すわって人と話をしているとき

問7 昼食をとった後（飲酒なし）、静かにすわっているとき

問8 すわって手紙や書類などを書いているとき

（または、自分で車を運転中、交通渋滞などで2～3分停車しているとき）

問1 \_\_\_\_\_ 問2 \_\_\_\_\_ 問3 \_\_\_\_\_

問4 \_\_\_\_\_ 問5 \_\_\_\_\_ 問6 \_\_\_\_\_

問7 \_\_\_\_\_ 問8 \_\_\_\_\_

問1～8の合計： \_\_\_\_\_ / 24点