

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