**睡　眠　外　来　問　診　票**

初診日　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　歳　　　性別　　　　　男　・　女

１）マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証の利用)による情報取得に同意しますか。

□同意しない□同意する

２）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　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３）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）

４）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（　　　　　　　　　　　　　　　　）

５）内服中のお薬はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６）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、喫煙歴を教えて下さい。

　　　　　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）

７）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

８）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。（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９）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

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

精神科・児童精神科・心療内科・神経内科

**診　察　申　込　書**年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **男**  **・**  **女** | **（生年月日）**  **昭和**  **平成　　　　 年　　　 月　　 　日生**    **令和** | |
| **患者氏名** |  |
| **現住所** | **〒　　　　　　　　　－**  **県　都　道　府**  **連絡先① ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）**  **連絡先② ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| **患者さま以外**  **の**  **緊急連絡先** | **フリガナ ：** | | | **続柄 ：** |
| **氏　　名 ：** | | |
| **連絡先① ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| **連絡先② ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| （該当者のみ）  施設名等 | 施設名称 ： | | | |
| 所在地　　： 〒　　　　　　　　　－    　県　都　道　府 | | | |
| 電話番号 ：　　　　　　　　（　　　　　　　　） | | | |
| 備考 |  | | | |