

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)

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。

診察申込書

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	(生年月日)		
患者氏名			昭和 平成 令和	年	月 日生
現住所	〒 ー 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 : 〒 ー 県 都 道 府				
	電話番号 : ()				
備考					