

睡眠時無呼吸症候群問診

記入日：令和 年 月 日

フリガナ

◇氏名： _____ ◇生年月日：昭和・平成 年 月 日（ 歳）

◇住所：〒 _____

◇連絡先 携帯電話： _____ 固定電話： _____

◇職業・職種： _____ ◇勤務形態：（日勤・夜勤・二交代・三交代）

◇睡眠薬服用：なし・あり（薬剤名： _____ ） ◇喫煙：なし・あり（ _____ 本/日）

◇アルコール：飲まない・ほぼ毎日・3, 4日/週、1, 2日/週（1回量： _____ ml）

◇身長 _____ cm 体重 _____ kg 体重増加：なし・あり（ _____ ） ※BMI

◇以下の該当する項目にレ印を入れてください。その症状はいつごろからですか？（ _____ ）

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> いびきが大きいと言われる | <input type="checkbox"/> 寝言を言う | 【既往歴】 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠中呼吸が止まっていると言われる | <input type="checkbox"/> 寝相が悪い | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠中息が苦しくなって目が覚める | 【朝起きた時に】
<input type="checkbox"/> スッキリ目が覚めない | <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 熟睡感がない | <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に目が覚める | <input type="checkbox"/> 頭が重い | <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 |
| <input type="checkbox"/> うなされて目が覚める | <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎・花粉症 |
| | <input type="checkbox"/> 口や喉が渇く | <input type="checkbox"/> うつ病 |
| | | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |

【眠気のテスト】

◇もし以下の状況になったとしたらどのくらい眠くなると思いますか？最近の日常を思い浮かべてお答えください。

状況	決して眠くならない	まれに眠くなる	時々眠くなる	眠くなることが多い
①座って読書をしているとき	0	1	2	3
②座ってテレビをみているとき	0	1	2	3
③劇場、会議で静かに座っているとき	0	1	2	3
④1時間以上車に乗せてもらっているとき	0	1	2	3
⑤午後、横になって休憩しているとき	0	1	2	3
⑥座って人と話しているとき	0	1	2	3
⑦昼食後、（飲酒なし）静かに座っているとき	0	1	2	3
⑧車を運転中、交通渋滞で2～3分停止しているとき	0	1	2	3
合計				点

◇当クリニックを何で知りましたか？

- インターネット 人から聞いて 医師に勧められて その他（ _____ ）