睡眠時無呼吸問診票

袖ケ浦メディカルクリニック
Sodegaura Medical Clinic

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日
氏名			
住所	〒　　ー		
電話番号			

１）身長・体重を教えてください　　（　　）cm、（　　）kg

２）過去に治療をしていた病気や、現在治療中の病気はありますか？

□ある（病名をご記入ください：　　）□ない

3）現在、飲んでいるお薬はありますか？

□ある（お薬名をご記入ください：　　）□ない

8）日中に眠気はありますか？日中の眠気の自己評価をお願いします。

眠気の起きる頻度について、以下のような採点基準で採点をお願いします。

0：眠くなることは滅多にない
1：時々眠くなる
2：眠くなることが多い
3：いつも眠くなる

a)座って読書をしている時　（　）点
b)テレビを見ている時　（　）点
c)人が大勢いる場所(会議や劇場・映画館 など)でじっと座っている時　（　）点
d)他人が運転する車に、 休憩無しで1時間ほど乗っている時　（　）点
e)午後、横になって休憩している時　（　）点
f)座って人と話をしている時　（　）点
g)昼食後、静かに座っている時　（　）点
h)自分で車を運転中に、交通渋滞などで 2~3分停車している時　（　）点

合計　（　）点

9) 以下のような症状や指摘を受けたことがありますか？ある項目にチェックをいれてください

□寝ている時に目が覚める事がある
□家族の人からいびきが大きいと言われたことがある
□家族の人から寝ている時に息が止まっていると言われたことがある
□寝ている時に、鼻がつまり、目を覚ますことがある
□寝ようとしても、鼻が詰まり、寝付きにくいことがある
□前日十分睡眠時間をとっても、翌日の朝寝足りない感じが ある

10) 日中の眠気などの症状が仕事に支障をきたしていますか？

□ある　□そこまでではない　□ない

１１) 本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

(　　)

※ご協力ありがとうございました。