

睡眠時無呼吸症候群を疑われて受診された方へ

氏名： _____

<日常生活に関して>

- ・加齢による体重の変化はありましたか (はい いいえ)
 20代：(kg) 30代：(kg) 40代：(kg) 50代：(kg)
 60代：(kg) 70代：(kg)
- ・あなたが初めていびきを指摘された、又気付いたのは何歳頃からですか (歳頃)
- ・あなたが初めて無呼吸を指摘された、又気付いたのは何歳頃からですか (歳頃)
- ・あなたが指摘された無呼吸の持続時間を分かったら記入して下さい (均 秒)
- ・昼寝をしますか(居眠りを含む) (毎日 たまに 1度か2度 1回もない)
- ・昼寝をする時間は 1回平均(:)
- ・集中力の低下を感じることはありますか (はい いいえ)

<交通事故・ニアミスに関して>

- ・1週間あたりの平均運転時間は (7時間以上 7時間以下)
 「7時間以上」と答えた方へ 1週間あたりの平均運転時間を教えてください。 (時間)
- ・交通事故を起こした事・起こしそうになった事がありますか (はい(回) いいえ)
 「はい」と答えた方へ どのような事故だったか具体的に教えてください。

<労働災害に関して>

- ・労働災害に遭遇した事がありますか (はい(回) いいえ)
 「はい」と答えた方へ どのような労働災害だったか具体的に教えてください。

<ご家族の病歴について>

- ・ご家族(ご両親・ご兄弟)の中に以下の病気の方がおられますか
 高血圧 (はい いいえ) 糖尿病 (はい いいえ)
 狭心症・心筋梗塞 (はい いいえ) 脳卒中 (はい いいえ)

<睡眠に関して>

- ・何時頃床に入りますか (:)
- ・寝付くまでにどれくらい時間がかかりますか (:)
- ・一晩に何回トイレに行きますか (回)
- ・何時に起床しますか (:)
- ・目覚めた時の熟眠感はありますか (はい いいえ)
- ・目覚めた時の頭痛はありますか (はい いいえ)

<眠気の程度に関して>

最近の日常生活で、どのくらいとうとうとしますか。各数字に○を付けて下さい。

(0=うとうとする可能性はほとんどない、 1=うとうとする可能性は少しある、
 2=うとうとする可能性は半々くらい、 3=うとうとする可能性が高い)

- ① 座って何かを読んでいるとき (新聞、雑誌、本、書類など) (0 1 2 3)
- ② 座ってテレビを見ているとき (0 1 2 3)
- ③ 会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき (0 1 2 3)
- ④ 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき (0 1 2 3)
- ⑤ 午後横になって、休息をとっているとき (0 1 2 3)
- ⑥ 座って人と話をしているとき (0 1 2 3)
- ⑦ 昼食をとった後(飲酒なし)、静かに座っているとき (0 1 2 3)
- ⑧ 座って手紙や書類などを書いているとき (0 1 2 3)

合計 _____ 点

<他の睡眠障害に関して>

- 眠ろうとする時に足が熱くなったり、痛くなったり、かゆくなったりして眠れなく事がありますか (毎晩 たまに 1回もない)
- 眠ろうとする時に足がむずむずして眠れず、起き上がって歩きたくなるような事がありますか (毎晩 たまに 1回もない)

《 問 診 票 》

受診日 平成____年____月____日

フリガナ:

氏名: _____ (男・女) 明・大・昭・平____年____月____日生____才

職業: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C (測定してきた場合)

住所: 〒 _____

携帯番号: TEL _____ 自宅電話番号: TEL _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

(_____)

2. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

3. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それは何歳頃ですか。

年齢	年齢	年齢
虫垂炎 (_____ 才)	肝臓病 (_____ 才)	脂質異常症 (_____ 才)
腎臓病 (_____ 才)	心臓病 (_____ 才)	脳卒中 (_____ 才)
高血圧 (_____ 才)	糖尿病 (_____ 才)	鼻疾患 (_____ 才)
胃潰瘍 (_____ 才)	喘息 (_____ 才)	痛風 (_____ 才)
不眠症 (_____ 才)	その他の病名 (_____)	(_____ 才)

4. 通院中の病院はありますか。もしくは、服用されているお薬はありますか。

(はい ・ いいえ) 「はい」の方・通院理由: _____

飲まれているお薬を教えてください: _____

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか。

(はい ・ いいえ) 食べ物・薬などの名前 (_____)

6. 飲酒はしますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方・回数: 毎日 ・ 週1回 ・ 週2~3回 ・ 週4~6回

7. 喫煙はしますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方・本数: 1日 _____ 本/日 喫煙歴: _____ 年

8. 当院を受診したきっかけを教えてください。該当するところに○をつけてください。

ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 病院 or 施設からの紹介 ・ ご近所・クリニックの看板・
駅の案内地図 ・ 市民公開講座 ・ 広告 (_____ を見て)

緊急で診察しなければならない患者様や予定よりも時間をとらなければならない患者様もいるため、
予定時間通りには診察できない場合があります。ご了承ください。

(医) やまがた呼吸器内科クリニック