

# いびき・無呼吸の問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	小学生以下	ご住所 〒	初診の患者様のみ記入
お名前	男	体重		
	女			
明・大・昭・平・令	年齢		電話 ( )	
年 月 日生			携帯 ( )	

●該当するものに☑を付けてください。

- いびき       睡眠中息が止まる     日中の眠気       無呼吸症候群ではないか気になる  
 熟睡感がない     眠りが浅い       その他 ( )

●気になりだした時期：約 月 前 ・ 約 年 前 ・ 不明

●該当するものに☑を付けてください。

- 寝言が多い                       寝ながら歩き回る                       昼夜逆転している  
 足がムズムズする                       金縛りにあいやすい                       足を動かすとムズムズ感が楽になる  
 寝る間に夢とも現実ともつかないリアルな夢を見る                       笑ったり怒ったりした瞬間に力が抜ける  
 会議や運転中など、異常な状況で寝てしまったことが度々ある  
 起こされないと何時間でも眠り続ける

●平均睡眠時間：約 時間 ●鼻づまりはありますか？ なし 時々 あり

●身長： cm ●体重： kg (20歳時の体重： kg)

## ●ESS (睡眠に関する) 問診票

以下の1)~8)の状況になった場合、どのくらいとうとする(数秒~数分眠ってしまう)と思いますか。

最近の日常生活を思いうかべてお答えください。

とうとする可能性は・・・	ほぼない	少しある	半々	高い
1) すわって何かを読んでいるとき (新聞、雑誌、本など)	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	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) 午後に横になって、休息をとっているとき	0	1	2	3
6) すわ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)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

※お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら、受付に提出してください。

スタッフ記入	BMI :	ESS : 合計	点
--------	-------	----------	---