

いびき・無呼吸の問診票

ふりがな	性別	ご住所 〒 -
お名前	男 女	
明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢	携帯 () ----- 電話 ()

◆気になる症状	<input type="checkbox"/> いびき	<input type="checkbox"/> 睡眠中息が止まる	<input type="checkbox"/> 日中の眠気
	<input type="checkbox"/> 熟睡感がない	<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> 無呼吸症候群か気になる
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆気になりだした時期	<input type="checkbox"/> 月 日前	<input type="checkbox"/> 年 年前	<input type="checkbox"/> 不明
◆該当する症状	<input type="checkbox"/> 寝ながら歩き回る	<input type="checkbox"/> 寝言が多い	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転している
	<input type="checkbox"/> 金縛りにあう	<input type="checkbox"/> 足がムズムズする	<input type="checkbox"/> 動くとムズムズ感が楽になる
	<input type="checkbox"/> 寝る間に夢とも現実ともつかないリアルな夢を見る		
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 起こされないと何時間でも眠り続ける		
	<input type="checkbox"/> 笑ったり怒ったりした瞬間に力が抜ける		
◆本人情報 (必ずご記入くださいませ)	睡眠時間 時間	鼻閉 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし	
	身長 cm	体重 kg (20歳時の体重: kg)	

◆ESS (睡眠に関する) 問診票 合計 点

うとうとする(数秒～数分眠ってしまう)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

◆現在、他院から処方されたお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> あり (お薬手帳は毎回お出してください)	<input type="checkbox"/> なし
	お薬名: _____	
◆現在、他院に通院していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→病名をご記入ください
	高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 脳梗塞 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()	
◆お薬にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ (お薬名)
	どのような症状が () 起こりましたか？ ()	

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・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
 ~ご記入が終わりましたら受付横の問診票BOXに裏返してお入れくださいませ~