

睡眠時無呼吸外来 問診票

記入日 年 月 日

ID: _____ 性別 男 ・ 女
 フリガナ _____
 氏名 _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳
 住所 _____ 電話番号 _____
 職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

○本日来院された理由をお聞かせください

- ・いびき
- ・睡眠中に息が止まる
- ・日中の眠気
- ・眠りが浅い
- ・熟睡感がない
- ・家族/パートナーから何かしらを指摘された
- ・その他()

○今までにかかったことのある病気はありますか？

- ・脳梗塞
- ・心筋梗塞
- ・狭心症
- ・不整脈
- ・心不全
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・脂質異常症
- ・糖尿病
- ・喘息
- ・花粉症
- ・アレルギー性鼻炎
- ・その他()

○現在、通院されていますか？

- はい いいえ

はいを選んだ方は通院されている理由を記入してください

○現在服用されている薬はありますか？

- はい いいえ

はいを選んだ方でお薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください

○手術を受けたことはありますか？

- はい いいえ

ある方は手術を受けた時季、部位を記入してください

○平均睡眠時間はどのくらいですか？

- 6時間未満 6時間以上8時間未満 8時間以上

○睡眠の途中で起きることはありますか？

- はい いいえ

はいを選んだ方は一晩で何回くらい起きますか？

回

○寝付くまでに時間がかかりますか？

- はい いいえ

はいを選んだ方は平均でどのくらいかかりますか？

時間

○熟眠感/熟睡感はありますか？

- はい いいえ

○お酒は飲みますか？

- 飲まない 時々飲む 毎日飲む

○たばこは吸いますか？

- 吸わない 吸っていた 吸う(1日 本)

◆睡眠時無呼吸の評価(Epworth Sleepiness Scale:ESS)

以下の8つの状況において、4段階で眠気の程度をお答えください。
 合計11点以上だと睡眠時無呼吸症候群の疑いがあります。

	うとうとしない		うとうとする	
・座って読書をしているとき	0	1	2	3
・座ってテレビを見ているとき	0	1	2	3
・会議中、映画館、劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
・車に乘客として乗っているとき(1時間程度)	0	1	2	3
・午後、横になって休息をとっているとき	0	1	2	3
・座って誰かと話をしているとき	0	1	2	3
・昼食後(飲酒なし)、静かに座っているとき	0	1	2	3
・座って手紙や書類を書いているとき	0	1	2	3

合計 点