

# 睡眠時無呼吸症候群検査 問診票

|      |     |        |         |     |   |
|------|-----|--------|---------|-----|---|
| ふりがな |     | 男<br>女 | 生年月日    |     |   |
| お名前  |     |        | 明・大・昭・平 | 年   | 月 |
| ご住所  | 〒   |        | 〔 歳〕    |     |   |
|      |     |        |         |     |   |
| 電話番号 | ( ) | —      | 携帯番号    | ( ) | — |

## 1) 現在の症状について

- ・日中の眠気がある  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・いびきをかくとと言われる  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・呼吸が止まっていると言われる  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・なかなか寝付けない  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・夜中に目が覚めることが多い  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・ぐっすり眠った気がしない  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・夜中にトイレに起きる  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・朝起きたときに頭痛がある  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・昼間、疲労感が取れない  毎日  しばしば  たまに  なし
- ・筋肉がけいれんする  毎日  しばしば  たまに  なし

・そのほかに気になる症状があればご記入下さい

## 2) 現在の生活習慣について

- ・現在の身長・体重をお答え下さい 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg
- ・若い頃より体重変化はありますか?  変化なし  変化あり ( \_\_\_\_\_ kg 増・減)
- ・喫煙経験はありますか?  現在吸っている  吸ったことがない  
 かつては吸っていたが、今は吸っていない
- ・アルコールをどのくらい飲みますか?  毎日  週に2~3回  
 月に数回  ほとんど飲まない

## 3) 現在の健康状態について

- ・現在治療中の病気はありますか?  
 ない  ある〔病名：高血圧・胃潰瘍・糖尿病・その他〔 \_\_\_\_\_ 〕〕
- ・現在、内服しているお薬はありますか?  
 ない  ある〔薬の名前： \_\_\_\_\_ 〕
- ・過去に大きな病気（心筋梗塞、脳梗塞など）で入院または治療したことがありますか?  
 ない  ある〔病名： \_\_\_\_\_ 〕
- ・食物や薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか?  
 ない  ある〔食物・薬の名前 \_\_\_\_\_ 〕

#### 4) 日中の眠気について

以下の状況で、単に疲れているということではなく、うとうとしたり、眠ってしまうことがありますか？最近の日常生活のことを思い出して、以下の最も適当な数字を選んで○を付けて下さい。

| 状 況                                | 眠くなる事は<br>めったにない | 時々<br>は<br>眠くなる | 眠くなる<br>ことが<br>多<br>い | いつも眠く<br>な<br>る |
|------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1) 座って読書をしているとき                    | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 2) テレビを見ているとき                      | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 3) 人が大勢いる場所（会議中・映画館など）<br>で座っているとき | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 4) 午後、横になって休憩しているとき                | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 5) 座って人と話してをしているとき                 | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 6) 昼食後、静かに座っているとき                  | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 7) 他の人が運転する車に同乗しているとき              | 0                | 1               | 2                     | 3               |
| 8) 自分で運転中、渋滞などで数分間止まっ<br>ているとき     | 0                | 1               | 2                     | 3               |

ご記入ありがとうございました

#### クリニック使用欄

|                              |  |   |    |     |        |
|------------------------------|--|---|----|-----|--------|
| 検査機器                         | ・フクダ電子<br>・小池メディカル<br>・その他（                      ） | 貸出日   | ／  | 返却日 | ／      |
| 身長                           | cm   | 体重  | kg | 血圧  | ／ mmHg |
| 検査結果：                      ／ |  | S A S 治療： 開始する                      ・ 開始しない |    |     |        |