

# 《 睡眠時無呼吸用 問診シート 》

年 月 日

フリガナ お名前		男 ・ 女	生年月日 才	身長 cm	体重 kg	体温 ℃
ご住所	〒			電話 (連絡先)	( ) —	

1. 現在までにかかったことのある病気、もしくは治療中の病気に○をつけてください。

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 その他 ( )

2. 現在、服用している薬はありますか？

ない ・ ある (薬名 (もしくは何の薬か) )

3. 鼻が曲がっている (鼻中隔彎曲症) と診断されたことがありますか？

ない ・ ある

4. 副鼻腔炎 (ちくのう症) と診断されたことがありますか？

ない ・ ある (あったが既に完治した)

5. 1日の睡眠時間を教えてください。

約 \_\_\_\_\_ 時間/日

6. あてはまるものに○をつけてください。

(1) いびきをかく (はい どちらでもない いいえ)

(2) 眠っている時に呼吸が止まっていると言われたことがある (はい どちらでもない いいえ)

(3) 長時間眠った割に熟眠感がない (はい どちらでもない いいえ)

(4) 昼間に眠くなることがよくある (はい どちらでもない いいえ)

(5) 寝つきは非常によい (はい どちらでもない いいえ)

(6) 睡眠中や寝入りばなに足がピクッとすることがある (はい どちらでもない いいえ)

(7) 頭痛がよくおこる (はい どちらでもない いいえ)

(8) 寝起きが悪い (はい どちらでもない いいえ)

(9) 夜中に数回目が覚めることがある (はい どちらでもない いいえ)

(10) 朝起きたときにノドが渇く (はい どちらでもない いいえ)

(11) 昔に比べて10kg以上太った (はい どちらでもない いいえ)

7. 現在タバコは吸いますか？

吸わない ・ 吸う ( 歳頃から 1日 本ぐらい)

以前は吸っていた ( 歳頃まで 1日 本ぐらい)

8. 現在、お酒は飲みますか？

飲まない ・ 飲む ( 回/週)

ビール・酎ハイ350ml缶で ( ) 本 日本酒 ( ) 合 焼酎 ( ) 合

9. 当院を来院されたきっかけを教えてください。 1 インターネット 2 駅広告

3 知人の紹介 ( ) 4 先生の紹介 ( ) 5 その他 (通りがかり、 )

☆ご記入いただき、ありがとうございました。