

### 睡眠外来 問診票

※ あてはまるものに☑をつけ、空欄には記入してください。

(ふりがな)	
お名前	
生年月日・性別	昭・平・令 年 月 日 ( 歳) ・ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：
職業・勤務形態	<input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 夜勤あり
身長・体重・BMI	身長： cm 体重： kg BMI： (BMIはスタッフが計算)

困っていること	<input type="checkbox"/> 寝つけない(入眠困難)	<input type="checkbox"/> 夜中に何度も起きる(中途覚醒)
	<input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める(早朝覚醒)	<input type="checkbox"/> 日中の強い眠気
	<input type="checkbox"/> いびき・無呼吸を指摘された	<input type="checkbox"/> 睡眠リズムが乱れている
	<input type="checkbox"/> 脚の違和感(むずむず)	<input type="checkbox"/> その他( )

就寝時刻・起床時刻 (過去2週間の平均)	就寝： 時 分 入眠まで： 分
	起床： 時 分 総睡眠時間： 時間
昼寝の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 分)

睡眠の程度について 0：全くない 1：少しある 2：ある程度 3：かなりある 4：非常にある

項目	0	1	2	3	4
1 寝つきの悪さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 夜中に目が覚める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 早朝に目が覚める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 睡眠への不満がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 日中への影響(仕事・家事・集中力等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 他人からの指摘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 苦痛の程度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

裏面もご記入ください

日中の眠気について 0：居眠りしない 1：まれにする 2：ときどきする 3：よくする

	場面	0	1	2	3
1	座って読書中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	TV 視聴中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	人と話しているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	車の助手席に乗車中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	横になって休んでいるとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	座って静かにしているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	昼食後（飲酒なし）に座っているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	車を運転中（信号待ちなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>既往歴</b>	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 不安障害 <input type="checkbox"/> 特になし
<b>内服中の薬</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（睡眠薬含む）→ 薬の名前：
<b>生活習慣(複数可)</b>	<input type="checkbox"/> 就寝前スマホ・PC 使用あり <input type="checkbox"/> カフェイン（夕方以降）あり <input type="checkbox"/> 飲酒習慣あり
<b>希望する治療方針</b>	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 生活指導・非薬物療法 <input type="checkbox"/> SAS 等の検査を希望 <input type="checkbox"/> 医師に任せる

<b>アレルギー</b>	食べ物・薬 <input type="checkbox"/> あり（具体的に： _____） <input type="checkbox"/> なし
<b>喫煙</b>	<input type="checkbox"/> 喫煙する（1日約 _____ 本、 _____ 年前から） <input type="checkbox"/> 喫煙しない
<b>飲酒</b>	<input type="checkbox"/> 飲酒する（種類： _____ 量： _____ ml・本/日） <input type="checkbox"/> 飲酒しない
<b>近親者の病歴</b>	<input type="checkbox"/> あり（例 父：糖尿病など → _____） <input type="checkbox"/> なし

<b>半年以内の健診受診 【40～76 歳未満の方】</b>	<input type="checkbox"/> 受診あり <input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> 該当年齢外
<b>介護認定の有無 【40 歳以上の方】</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
<b>明細書・領収書の発行</b>	<input type="checkbox"/> 簡易（点数と金額のみ） <input type="checkbox"/> 詳細（検査項目名まで記載）
<b>当院をお知りになった きっかけ</b>	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※ご協力ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。