

いびき・睡眠時呼吸障害問診票

受診日 年　月　日	ふりがな 氏名	生年月日 年　月　日	男・女
住所			
電話番号/携帯番号			
身長 cm	kg	BMI(体重kg ÷ (身長m × 身長m))	
職業(具体的に)	勤務先名称:	職種:	
※必ずご記入ください			
1、今日はどこからのご紹介で来院されましたか いいえ・はい()			
2、いびき、無呼吸を最初に指摘されたのはいつですか いつ()　誰に()			
3、下記の症状に関して思い当たることがありますか ・日中過度な眠気　・起床時に口、喉の乾燥感　・頭痛　・疲労感 ・夜中息苦しく目が覚める　・いやな夢を見る　・不眠　・特になし			
4、今までに、かかった病気、現在治療中の病気はありますか なし・ある()			
5、健康診断を受けたことがありますか　ない・ある(受診項目に○を) ・レントゲン　血液検査　・心電図　・胃カメラ　・大腸カメラ ・尿検査　・エコー検査(部位:) ・CTスキャン(部位:)　・MRI(部位:)			
6、ご両親、ご兄弟、ご祖父母に病気の方はいらっしゃいますか、いましたら ()内に続柄をお書きください ・高血圧()　・糖尿病()　・心臓病()　・肝臓病() ・悪性腫瘍/がん()　・腎臓病()　・脳卒中()			
7、今までに薬や注射のアレルギーはありますか なし・ある()			
8、現在服用しているお薬はありますか なし・ある()			
9、酒・タバコは飲みますか 酒: 飲まない・飲む(種類)　1日() タバコ: 吸う・以前吸っていた(1日　　本) × (喫煙年数　　年)=() 吸わない			
10、今まで、いびき・無呼吸で治療、手術を受けた事がありますか なし・ある(いつ頃・内容)			

昼間の眠気の自己評価(Epworth Sleepless Scale, ESS)
下記のような状況で、眠くて「うとう」としたり、眠りこんでしまうことがありますか?

この眠気には「疲れているだけの状態」を含まないのでご注意ください。最近の平均的な昼間の状態についてお答えください。シーパップや薬などで治療を始めた方は、治療している状態でどうかお答えください。質問の中に、あなたが実際には経験していない状況がある場合は、仮にそうした状況だったら、どうなるかを考えてご記入ください。

※あなたの状態にもっとも近いと思われる番号(0, 1, 2, 3)を、○で囲ってください。

状態・状況	決してない ならない眠いく	まれに 眠くなる ことがある ことが	時々 眠くなる	眠くなる が多い ことが
①座って読書をしている時	0	1	2	3
②テレビを見ている時	0	1	2	3
③会議や劇場などの公の場で座って何もしていない時	0	1	2	3
④1時間続けて車に乗せてもらっている時	0	1	2	3
⑤状況が許す場合で、午後に横になって休憩をとっている時	0	1	2	3
⑥座って人と話している時	0	1	2	3
⑦アルコールを飲まずに昼食をとった後、静かに座っている時	0	1	2	3
⑧車を運転中、交通渋滞で2~3分停止している時	0	1	2	3
合計点	点(□0~11点　□12~15点　□16~24点)			
□治療前　□CPAP治療中　□薬物使用中()　□その他				

※簡単なアンケートにご協力を願います。

Q、当院のいびき・睡眠呼吸障害外来はどこでお知りになりましたか?

- A、1. 院内の掲示又はパンフレット 2. ホームページ
3. 紹介() 4. 広報や情報誌()