

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) ※必ずご記入ください	勤務先名称:	職種:	
<p>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( )</p> <p>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( )</p> <p>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</p> <p>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( )</p> <p>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: )</p> <p>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( )</p> <p>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( )</p> <p>8、現在服用しているお薬はありますか なし ・ ある( )</p> <p>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</p> <p>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 )</p>			

屋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。最近の平均的な屋間の状態についてお答えください。シーバ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	決して眠くならない	まれに眠くなる	時々眠くなる	眠くなる
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お願いいたします。

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( )