

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
住所 〒 _____
電話番号: (携帯) _____ (自宅) _____

睡眠時無呼吸問診票

1) 身長を教えてください () cm

2) 体重を教えてください () kg

3) 睡眠時間はどのくらいですか？

~3時間 3時間~6時間 6時間以上 お昼寝あり 夜勤などもあり不規則

4) 鼻づまりはありますか？

ない いつも 花粉症や風邪のときだけ

その他 (症状がある時期についてご記入ください:)

5) アルコールを飲みますか？

飲まない

飲む (どのくらい飲むかご記入ください:)

6) カフェイン (コーヒーや緑茶など) を飲みますか？

飲まない

飲む (どのくらい飲むかご記入ください:)

7) 睡眠薬を飲んでいますか？

飲んでいる 飲んでいない 眠れないときに飲む

8) 次のような症状はありますか？

なし 何度も寝ている間トイレに行く 息が苦しくて目が覚める

記憶力、集中力の低下 イライラする 胸やけがする

朝起きたときに頭痛がする 家人に寝ている間息が止まっていたと言われる

日中気がついたら眠っていたことがある

9) 仕事に支障がありますか？

ある そこまでではない ない

10) 本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

()

※ご協力ありがとうございました。