

睡眠障害についての問診票

<記入年月日> 20 年 月 日

<氏 名> _____

<性 別> 1. 男 2. 女

<生年月日> 1. 昭和
2. 大正 _____年____月____日
3. 明治

<年 齢> 満 _____ 歳

<記入の方法>

該当するものの番号を○で囲んでください。

Q. テレビは見ますか？

① 毎日見る 2. たまに見る 3. 見ない

● 睡眠について

Q. 一日の睡眠時間はおよそ何時間ですか？ () 時間

Q. 眠りやすい姿勢はどれですか？

1. 仰向け 2. うつぶせ 3. 横向き

Q. 朝目覚めたとき疲れを感じたり、頭痛がしたり、気分のすぐれないことがありますか？

1. よくある 2. しばしばある 3. たまにある 4. ない

● いびきについて

Q. いびきをかきますか？ あるいは、家族などからいびきをかくと言われますか？

1. はい 2. いいえ

<上記の質問に対して「はい」と答えられた方はお答えください。>

・ いびきが大きくて困ると言われたことがありますか？

1. はい 2. いいえ

・ どのくらいの頻度でいびきをかきますか？

1. 毎晩 2. ときどき 3. お酒を飲んだとき

・ 睡眠中に呼吸が止まる、あるいは突然息が詰まったようにいびきが途切れることがあると言われたことがありますか？

1. はい 2. いいえ

● 眠気について（４段階でお答えください）

（0：眠ってしまうことはない 1：時に眠ってしまう 2：しばしば眠ってしまう 3：だいたいいつも眠ってしまう）

1. 座（すわ）って読書中	0	1	2	3
2. テレビを見ているとき	0	1	2	3
3. 人の大勢いる場所（会議、劇場）で座っているとき	0	1	2	3
4. 他の人の運転する車に、休憩無しで1時間以上乗っているとき	0	1	2	3
5. 午後に、横になって休息をとっているとき	0	1	2	3
6. 座って人と話しをしているとき	0	1	2	3
7. 飲酒をせずに昼食後、静かに座っているとき	0	1	2	3
8. 自分で車を運転中に、渋滞や信号で数分間、とまっているとき	0	1	2	3

● 生活習慣について

Q. お酒はどれくらい飲みますか？

1. 飲まない 2. 飲む（ ）日／週、（ ）合／回

酒1合＝ビール1本＝ウイスキーダブル1杯

Q. たばこは吸いますか？

1. 吸わない 2. 吸う（ ）本／日

Q. 車の運転について

1. 運転しない 2. 運転する

運転する方にお尋ねします。今まで交通事故、又はニアミスを起こしたことはありますか？

1. ない 2. ある（ ）回

Q. 睡眠薬を服用しますか？

1. 服用しない 2. 毎晩服用する 3. 時々服用する

（服用されている方で薬剤名が分かる方はお書きください： ）

Q. 夜間トイレに何回立ちますか？ （ ）回

Q. 運動はしますか？ 1. しない 2. する（ ）日／週

● 合併症について

Q. 現在わずらっている病気はありますか？ 当てはまるものに○をつけてください

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 4. 動脈硬化 5. 脳血管障害
 6. 高脂血症 7. 神経疾患 8. 高尿酸血症 9. 不眠症 10. 扁桃腺肥大
 11. 鼻の疾患 ()
 12. その他 ()

● 体型について

Q. 身長・体重・首周りを測定させていただきます

- ・身長 () cm ・ウエスト () cm
 ・体重 () kg ・ヒップ () cm
 ・首周り () cm