

# 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> \_\_\_\_\_ 年 月 年

<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. 就床時間は何時ですか？ ( ) 時

Q. 起床時間は何時ですか？ ( ) 時

Q. 夜間に何度も起きてしまうことはありますか？

1. はい 2. いいえ

Q. 寝汗をかきますか？

1. はい 2. いいえ

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下さい。>

・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. テレビをみているとき 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、横になって休憩をとっているとき 0 1 2 3
6. 座って人と話をしているとき 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  
3. 吸っていた ( ) 本/日、( ) 歳から ( ) 歳まで

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. 現在、内服している薬はありますか？

1. はい 2. いいえ  
(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

Q. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

1. はい (指摘事項： ) 2. いいえ

● 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  
・体脂肪率 ( ) % ・筋肉量 ( ) kg ・推定骨量 ( ) kg  
・BMI ( ) ・基礎代謝量 ( ) kcal/日 ・体内年齢 ( ) 才

● 妊娠について

Q. 現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

1. はい 出産予定日：20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 2. いいえ 3. 不明 4. 閉経

# アテネ不眠尺度 (AIS)

不眠症の自己評価

過去1カ月間に、少なくとも週3回以上経験したものを選んでください。

|    |  |                       |                                  |
|----|--|-----------------------|----------------------------------|
| 1  | 寝床についてから実際に寝るまで、<br>時間がかかりましたか？          | 0                     | いつもより寝つきは良い                      |
|    |  | 1                     | いつもより少し時間がかかった                   |
|    |  | 2                     | いつもよりかなり時間がかかった                  |
|    |  | 3                     | いつもより非常に時間がかかった、<br>あるいは全く眠れなかった |
| 2  | 夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか？                       | 0                     | 問題になるほどのことはなかった                  |
|    |  | 1                     | 少し困ることがある                        |
|    |  | 2                     | かなり困っている                         |
|    |  | 3                     | 深刻な状態、あるいは全く眠れなかった               |
| 3  | 希望する起床時間より早く目覚めて、<br>それ以降、眠れないことはありましたか？ | 0                     | そのようなことはなかった                     |
|    |  | 1                     | 少し早かった                           |
|    |  | 2                     | かなり早かった                          |
|    |  | 3                     | 非常に早かった、あるいは全く眠れなかった             |
| 4  | 夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は<br>足りてましたか？           | 0                     | 十分である                            |
|    |  | 1                     | 少し足りない                           |
|    |  | 2                     | かなり足りない                          |
|    |  | 3                     | 全く足りない、あるいは全く眠れなかった              |
| 5  | 全体的な睡眠の質について、<br>どう感じていますか？              | 0                     | 満足している                           |
|    |  | 1                     | 少し不満である                          |
|    |  | 2                     | かなり不満である                         |
|    |  | 3                     | 非常に不満である、あるいは全く眠れなかった            |
| 6  | 日中の気分はいかがでしたか？                           | 0                     | いつもどおり                           |
|    |  | 1                     | 少し減った                            |
|    |  | 2                     | かなり減った                           |
|    |  | 3                     | 非常に減った                           |
| 7  | 日中の身体的および精神的な活動の<br>状態は、いかがでしたか？         | 0                     | いつもどおり                           |
|    |  | 1                     | 少し低下した                           |
|    |  | 2                     | かなり低下した                          |
|    |  | 3                     | 非常に低下した                          |
| 8  | 日中の眠気はありましたか？                            | 0                     | 全くなかった                           |
|    |  | 1                     | 少しあった                            |
|    |  | 2                     | かなりあった                           |
|    |  | 3                     | 激しかった                            |
| 合計 |  | [1~3点] …睡眠がとれています     |                                  |
|    |  | [4~5点] …不眠症の疑いが少しあります |                                  |
|    |  | [6点以上] …不眠症の可能性が高いです  |                                  |

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。