

⑤笑ったり怒ったりした時に、身体の力が突然抜けることがありますか？
ない ある(歳～、力が抜ける体の部位:_____)

⑥身体の症状で困っている症状はありますか？
なし だるい 頭痛 めまい 食欲不振 過食
便秘や下痢 頻尿 その他(_____)

⑦今までにかかった病気はありますか？(発症した時期)

心筋梗塞 ない ある(年 月)
 狭心症 ない ある(年 月)
 高血圧 ない ある(年 月)
 不整脈 ない ある(年 月)
 その他心疾患 ない ある(年 月)
 脳梗塞 ない ある(年 月)
 脳出血 ない ある(年 月)
 その他脳血管障害 ない ある(年 月)
 呼吸器疾患(・肺気腫 ・結核 ・喘息 ・その他(_____))
 眼科疾患(・緑内障 ・その他(_____))
 耳鼻科疾患(・鼻炎 ・扁桃腺肥大 ・副鼻腔炎 ・その他(_____))
 高脂血症 ない ある(年 月)
 脂肪肝 ない ある(年 月)
 糖尿病 ない ある(年 月)
 痛風 ない ある(年 月)
 その他 (_____)

⑧現在治療中の病気はありますか？ 常備薬があればお薬の名前と量もお書き下さい
 ない
 ある (_____)

⑨アレルギーはありますか？「ある」にチェックされた方はアレルゲンをお書き下さい
薬によるアレルギー ない ある(_____)
花粉によるアレルギー ない ある(_____)
ハウスダストによるアレルギー ない ある
その他 (_____)

10現在妊娠していますか？ または、その可能性はありますか？
 ない
 ある(妊娠 月) わからない

◆睡眠時無呼吸アンケート

大量のお酒を飲んでいない状況で、お答えください。

	しよ ちゆう	とき どき	たまに	ない
1. 人に迷惑な大いびき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 熟睡感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 昼間に耐え難い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 睡眠中に観察された無呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 仰向けに寝るといびきや無呼吸がひどくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 朝目覚めたとき、のどが渇いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 睡眠中、鼻がつまり、口呼吸になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆眠気の程度 (ESS)

普段の状態を仮定してお答えください。該当する項目の数字に○をつけてください。

★該当しなかった場合も、もし？そのような状況になった時、下記のどのような感じになるか想定してご記入ください。

	決 して うた た 寝 し な い。	ま れ に う た た 寝 す る。	と き ど き う た た 寝 す る。	しよ ちゆう うた た 寝 す る
a) 座って本を読んでいる	0	1	2	3
b) テレビを見ている	0	1	2	3
c) 公共の場所で、ただ座っている (映画館や会議中など)	0	1	2	3
d) 休息を取らずに、1時間、車に同乗している	0	1	2	3
e) 用事なく、午後横になって休んでいる	0	1	2	3
f) 座って誰かと会話している	0	1	2	3
g) 昼食(アルコールなし)後、静かに座っている	0	1	2	3
h) 運転中に、信号や渋滞で数分止まっている間	0	1	2	3

○をつけた数字を点数として、合計点を出してください。

【最後になりましたが、当院にお越し頂いたきっかけをお書きください】

- 他院からの紹介 紹介状 あり・なし
 医師会からの紹介
 インターネットを見て
 その他()