**睡　眠　外　来　問　診　票**

初診日　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　歳　　　性別　　　　　男　・　女

１）マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証の利用)による情報取得に同意しますか。

□同意しない□同意する

２）受診の理由、睡眠でお困りのことをお聞かせください。

　　□睡眠中のいびき、無呼吸を家族に指摘された　　□睡眠中の息苦しさ

　　□日中の眠気　　　　□睡眠中に何回も目が覚めてしまう

　　□血圧が高い　　　　□その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３）ご職業は？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　夜勤や交替勤務はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　はいの方、週に何回ぐらいありますか？　（週　　　　　　　回）

４）今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？　　　　　はい　・　いいえ

　　（該当するものにチェックを入れ、出来るだけ詳しくお書きください）

　　□高血圧　　　□高脂血症　　　□糖尿病　　　□不眠症　　　□喘息　　　□扁桃肥大

　　□不整脈（　　　　　　　）　　□心疾患（　　　　　　　）　□気胸　　　□肺気腫

　　□脳梗塞・脳血管障害（　　　　　　　　）　　　□うつ病その他精神疾患（　　　　　　　）

　　□アレルギー性鼻炎　　　　　　□花粉症　　　□蓄膿症

　　□感染症（　　　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

５）内服中のお薬はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６）現在、過去において喫煙されたことはありますか？　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　はいの方、喫煙歴を教えて下さい。

　　　　　現在あり（　　　　歳から平均　　　　本／日を　　　　年間）

　　　　　過去あり（　　　　歳から平均　　　　本／日を　　　　年間）

７）アルコール類をお飲みになりますか？　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　頻度は？　　　　毎日　・　週3－4回　・　週1－2回　・　機会があれば

８）寝付くために睡眠薬、安定剤を服用されていますか？　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　薬剤名が分かれば教えてください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９）日中の眠気に関する質問です。以下の状況になったことが実際になくても、

その状況になればどうなるかを想像して以下の０から３で必ずお答えください。

（問1～８の各項目それぞれに、１つだけ選んでください。）

**うとうとする可能性はほとんどない：０**

**うとうとする可能性は少しある：１**

**うとうとする可能性は半々くらい：２**

**うとうとする可能性が高い：３**

問１　すわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）

問２　すわってテレビを観ているとき

問３　会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき

問４　乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき

問５　午後になって横になって、休息をとっているとき

問６　すわって人と話をしているとき

問７　昼食をとった後（飲酒なし）、静かにすわっているとき

問８　すわって手紙や書類などを書いているとき

（または、自分で車を運転中、交通渋滞などで２～3分停車しているとき）

問1　　　　　　　　　　問２　　　　　　　　　　問３

問４　　　　　　　　　　問５　　　　　　　　　　問６

問７　　　　　　　　　　問８

問１～８の合計：　　　　　　/24点

当院は診療情報を取得・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。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。