

# 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、喫煙歴を教えてください。  
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。