

睡眠時無呼吸症候群を疑われて受診された方へ

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： \_\_\_\_\_ 男性 \_\_\_\_\_ 女性 \_\_\_\_\_  
 職業： \_\_\_\_\_  
 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 首周り： \_\_\_\_\_ cm (ワイシャツのカラーサイズ)

以下、おわかりになる範囲でご記入ください。

<受診したきっかけを教えてください>

- 1.当院でのポスター 2.新聞 3.TV 4.ホームページ 5.他医院の紹介(病院名 \_\_\_\_\_)  
 6.市民公開講座 7.知人より紹介 8.CPAP 使用者からの紹介 9.当院以外のポスター・パンフレット  
 9.その他( \_\_\_\_\_ )

<体重の変化>

- ・加齢による体重の変化はありましたか (はい いいえ)  
 20代：( \_\_\_\_\_ kg) 50代：( \_\_\_\_\_ kg)  
 30代：( \_\_\_\_\_ kg) 60代：( \_\_\_\_\_ kg)  
 40代：( \_\_\_\_\_ kg) 70代：( \_\_\_\_\_ kg)

<いびき・無呼吸に関して>

- ・あなたが初めていびきを指摘された、または気付いたのは何歳頃からですか ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 ・あなたが初めて無呼吸を指摘された、または気付いたのは何歳頃からですか ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 ・あなたが指摘された、無呼吸の持続時間を分かったら記入して下さい (約 \_\_\_\_\_ 秒)

<昼間の眠気に関して>

- ・昼間に眠くなることがよくありますか (はい いいえ)  
 ・昼寝をしますか(居眠りを含む) (毎日 たまに 1度か2度 1回もない)  
 ・昼寝をする時間は \_\_\_\_\_ 1回平均( \_\_\_\_\_ 時間 分)  
 ・集中力の低下を感じることはありますか (はい いいえ)

<交通事故・ニアミスに関して>

- ・1週間あたりの平均運転時間は \_\_\_\_\_ (7時間以上 7時間以下)  
 「7時間以上」と答えた方へ 1週間あたりの平均運転時間を教えてください。 ( \_\_\_\_\_ 時間)  
 ・交通事故を起こした事がありますか (はい( \_\_\_\_\_ 回) いいえ)  
 「はい」と答えた方へ どのような事故だったか具体的に教えてください。

- ・「いいえ」と答えた方、交通事故を起こしそうになった事がありますか (はい( \_\_\_\_\_ 回) いいえ)  
 「はい」と答えた方へ どのような事故だったか具体的に教えてください。

<労働災害に関して>

- ・労働災害に遭遇した事がありますか (はい( \_\_\_\_\_ 回) いいえ)  
 「はい」と答えた方へ どのような労働災害だったか具体的に教えてください。

<疾患に関して>

- ・以下の病気を言われた事がありますか、もしくは治療を受けていますか
- |          |          |                                       |          |
|----------|----------|---------------------------------------|----------|
| 高血圧      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 糖尿病      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 高脂血症     | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 狭心症・心筋梗塞 | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 脳卒中      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 不整脈      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 不眠症      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 鼻疾患      | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |
| 痛風       | (はい いいえ) | 「はい」と答えた方へ ( _____ 年 _____ 月 _____ 頃) | 治療 (有・無) |

- ・ご家族(ご両親・ご兄弟)の中に以下の病気の方がおられますか  
 高血圧 (はい いいえ) 糖尿病 (はい いいえ)  
 狭心症・心筋梗塞 (はい いいえ) 脳卒中 (はい いいえ)

<嗜好品に関して>

- ・飲酒しますか (はい いいえ)  
 「はい」と答えた方へ どのようなお酒を飲まれますか (ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・他)  
 どのくらい飲まれますか (本・杯/日)
- ・喫煙しますか (はい いいえ)  
 「はい」と答えた方へ どのくらい飲まれますか (本/日)  
 喫煙歴を教えてください (年)

<常用薬に関して>

- ・現在、薬を服用していますか (はい いいえ)  
 「はい」と答えた方へ 薬名を教えてください ( )

<睡眠に関して>

- ・何時頃ベッド(または布団)に入りますか ( : )
- ・寝付くまでにどれくらい時間がかかりますか ( : )
- ・一晩に何回トイレに行きますか ( : 回 )
- ・何時に起床しますか ( : )
- ・目覚めた時の熟眠感がありますか (はい いいえ)
- ・目覚めた時の頭痛がありますか (はい いいえ)

<眠気に関して>

もし以下の状況になったとしたら、どのくらいとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか。最近の日常生活を思い浮かべてお答え下さい。

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お答え下さい。(各項目○は1つだけ)

全ての項目にお答えしていただくことが大切です。出来る限り全ての項目にお答え下さい。

- 0=とうとうとする可能性はほとんどない、 1=とうとうとする可能性は少しある、
- 2=とうとうとする可能性は半々くらい、 3=とうとうとする可能性が高い

- ① 座って何かを読んでいるとき(新聞、雑誌、本、書類など) (0 1 2 3)
- ② 座ってテレビを見ているとき (0 1 2 3)
- ③ 会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき (0 1 2 3)
- ④ 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき (0 1 2 3)
- ⑤ 午後横になって、休息をとっているとき (0 1 2 3)
- ⑥ 座って人と話をしているとき (0 1 2 3)
- ⑦ 昼食をとった後(飲酒なし)、静かに座っているとき (0 1 2 3)
- ⑧ 座って手紙や書類などを書いているとき (0 1 2 3)

合計 \_\_\_\_\_ 点

<他の睡眠障害に関して>

- 眠ろうとする時に足が熱くなったり、痛くなったり、かゆくなったりして眠れなく事がありますか (毎晩 たまに 1回もない)
- 眠ろうとする時に足がむずむずして眠れず、起き上がって歩きたくなくなるような事がありますか (毎晩 たまに 1回もない)
- 金縛り(目が覚めているのに動けない状態)になった事がありますか (毎晩 たまに 1回もない)
- 笑ったり感情的になったりした時、ガクガクしたり、体の力が抜けるような事はありますか (毎晩 たまに 1回もない)

ありがとうございました。その他気になる事があればご記入下さい。

---



---



---



---