

睡眠検査を希望される方へ

あらかじめお体の状態を把握し、適切な検査・診断・治療を行う為に、
以下の質問事項にお答えいただきますようお願い致します。

社会医療法人 春回会
井上病院 睡眠センター

記載日 西暦____年____月____日

【患者様情報】

ID _____

氏名(カナ) _____

(漢字) _____

性別 男性 女性

生年月日 西暦____年 ____月 ____日 ____歳

住所 _____

電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____

E-mail address _____

(2)－①普段の睡眠についてお伺いします

- ・平日は _____ 時頃就寝 _____ 時頃起床
- ・休日は _____ 時頃就寝 _____ 時頃起床
- ・就床してから寝付くまでの時間を教えてください

(約 _____ 分くらい・分からない)

②いびきはかきますか？

(はい ・ いいえ ・ 分からない)

はいと答えた方にお聞きします。

- ・いびきをかいてることをベッドパートナー（隣りに寝ている人）から指摘されたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- ・いびきは飲酒との関連はありますか？ (飲酒量が多い時に強い・飲酒量とは関係ない・飲酒しない・分からない)
- ・いびきと体の向きと関連はありますか？ (仰向けの時・体の向きに関係なく・分からない)
- ・いつ頃からいびきの自覚症状に気づきましたか？ (幼少期より・体重が増えてから・ _____ 年前位から・分からない)

③無呼吸について

- ・あなたが寝ている時に呼吸が止まっている事をベッドパートナー（隣りに寝ている人）から指摘されたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

④睡眠中、何回くらい排尿のために起きますか？

(起きない ・ _____ 回位/1晩)

- ・排尿以外で起きる事がありますか？

(はい ・ いいえ ・ 分からない)

はいと答えられた方、具体的にお書きください。

⑤大きな寝言をベッドパートナー（隣りに寝ている人）から指摘されたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

はいと答えた方にお聞きします。それは夢の内容を伴っていますか？

(はい ・ いいえ)

具体的にわかる範囲で寝言の内容や行動があれば記載ください。

(3)－①起床時について

- ・起床時に頭痛や頭重はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ・起床時に熟眠感はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ・起床時にのどが乾燥している事がありますか？ (はい ・ いいえ)

②日中のこと (眠気の評価)

もし以下の状況になったとしたら、どのくらいウトウトすると思いますか？
最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。以下の状況になったことが
実際なくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。

(1～8の各項目で○は1つだけ)

ウトウトする可能性は (0：ほとんどない 1：少しある 2：半分くらい 3：高い)

- 1) 座って何かを読んでいる時 (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時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)
- 3) 会議・映画館・劇場などで静かに座っている時 (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時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)
- 5) 午後に横になって休息をとっている時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)
- 6) 座って人と話している時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)
- 7) 昼食をとった後 (飲酒なし)、静かに座っている時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)
- 8) 座って手紙や書類を書いている時 (0 ・ 1 ・ 2 ・ 3)

合計 _____ 点

③下肢の症状について

- ・脚に不快感や違和感があり、じっとしていられず脚を動かしたくなる
ことがある。 (はい ・ いいえ)
- ・その不快感や脚を動かしたい欲求は、座ったり横になったりするなど
安静にしているときに起こるあるいは悪化する。 (はい ・ いいえ)
- ・その不快感や脚を動かしたい欲求は、歩いたり脚を動かしたりする
ことで改善する。 (はい ・ いいえ)
- ・その不快感や脚を動かしたい欲求は、日中より夕方や夜間に強くなる。
(はい ・ いいえ)

④笑ったり、感情的になった時に膝がガクガクしたり、体の力が抜けるようなことがある。

(はい ・ いいえ)

はいと答えられた方、具体的にお書きください

⑤インターネット (スマートフォン, タブレット, パソコン) は利用されますか？

(はい ・ いいえ)

(4)生活スタイルについて

①どのような頻度で飲酒しますか？

- 飲まない 毎日 週____回 月____回 機会がある時
- ・飲酒量についてお聞きします。平均してどれくらい飲みますか？
(例：ビール350mlを2本)
-

②どのような頻度でコーヒーを飲みますか？

- 飲まない 日____回 週____回 月____回 機会がある時

③タバコを吸いますか？

- 吸わない 以前は吸っていた 現在吸っている
- ・喫煙歴ありの方にお聞きします。
____歳から ____歳まで 1日平均____本
- ・禁煙する意志はありますか？
 やめるつもりはない できればやめたい すぐにでもやめたい

④食事の量について

- ・自分の食事量をどう思いますか？
 多い やや多い 適量 少ない
- ・間食はしますか？ (朝・昼・晩の食事以外)

(はい ・ いいえ)

はいの方にお聞きします。どんな物を食べますか？

- ・食後に胸やけや苦い水(胃酸)が上がってくる感じがありますか？

(はい ・ いいえ)

⑤運動について

- ・運動する習慣はありますか？

(はい ・ いいえ)

はいの方にお聞きします運動の種類と平均運動時間は

(1週間における運動時間の合計)

____時間/週

(例) ウォーキング 2時間/週

⑥身体所見について

- ・20歳頃の体重は _____ k g
- ・いつ頃から体重が増えましたか？ _____ 歳頃より

⑦職業は何ですか？

- ・夜間勤務はありますか？ _____ (はい ・ いいえ)

⑧自動車運転しますか？

(はい ・ いいえ)

はいの方にお聞きします。

- ・今までに何回交通事故を起こしましたか？ _____ 回
- ・その中で、居眠りが関係あるのは何回？ _____ 回
- ・居眠りによって事故に至らないニアミスは何回ありましたか？ _____ 回

(5)今までにかかった病気や症状について

該当する番号に○をつけてください。

①言われたことはない ②指摘を受けた事あり ③治療中である④治療をしていた。

・高血圧症 ① () ② () ③ () ④ ()

・脂質異常症 (コレステロール高値・中性脂肪高値あるいは両者) ① () ② () ③ () ④ ()

・糖尿病 ① () ② () ③ () ④ ()

・痛風 (高尿酸血症) ① () ② () ③ () ④ ()

・逆流性食道炎 ① () ② () ③ () ④ ()

・悪性腫瘍 ① () ② () ③ () ④ ()

・歯周病・歯科疾患 ① () ② () ③ () ④ ()

・鼻水・鼻詰まり ① () ② () ③ () ④ ()

・心疾患(心筋梗塞など) ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・脳血管疾患 (脳梗塞など) ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・鼻疾患(蓄膿症など) ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・肺疾患(COPDなど) ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・精神疾患 ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・その他病気 ① () ② () ③ () ④ ()

①以外 (病名)

・男性の方へ インポテンツ (ED) (はい ・ いいえ)

・女性の方へ 月経 (最終月経 ____月____日・周期 (順・不順) 閉経____歳

☆治療をうけている病院、治療期間、検査値、治療薬などがわかる範囲で記載してください。

ご協力有難うございました。