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　　　　　　　　　　　　　　　

生年月日　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　歳

住所

電話番号　(自宅)

　　　　　(携帯)

E-mail address

以下のご質問にお答えください．

⑴－①睡眠検査を希望される理由は何ですか？ 該当する項目に☑またはご記入下さい．

日中の眠気

いびきの指摘

無呼吸の指摘

不眠

他の医療機関からの紹介

その他

　　②どのようにして当院の睡眠検査を知りましたか？

他の医療機関よりの紹介

　　（　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　Dr.）

ホームページ

パンフレット

家族・友人に勧められた

その他（　 )

　　③かかりつけの病院（医院，クリニックなど）・歯科はありますか？

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　（）

　　はいと答えられた方、具体的にお書きください．

かかりつけ病院・医院・クリニック

　　④PSG（終夜睡眠ポリグラフ検査）を以前受けられた事はありますか？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （）

はいと答えられた方、検査結果や治療（CPAP治療や口腔内装具）などお書きください．

⑵－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・）

　　②いびきはかきますか？ 　　　　　　　　　　　　（）

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）から指摘を

されたことがありますか？

（）

　・いびきは飲酒との関連はありますか？

　　　　　（）

　・いびきと体の向きと関連はありますか？

　　　　　　　　　　　　　　（）

・いつ頃からいびきの自覚症状に気づきましたか？

　（・ 年前位から・）

　　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？

　（）

　　④睡眠中、何回くらい排尿のために起きますか？

　　　　　 （・　　回位/1晩）

　・排尿以外で起きる事はありますか？

（）

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？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（）

　　　　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．

⑶－①起床時について

　・起床時に頭痛や頭重はありますか？ 　　　　　　　　　　　　　（）

　・起床時に熟眠感はありますか？ 　　　　　　　　　　　　　（）

　・起床時にのどが乾燥している事がありますか？ 　　　　　　　 （）

　　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（）

　1）座って何かを読んでいる時（新聞・雑誌・本・書類など（　・・・　）

　2）座ってテレビを見ている時　　　　　　　　　　　　　（　・・・　）

　3）会議・映画館・劇場などで静かに座っている時 （　・・・　）

　4）乗客として1時間続けて自動車に乗っている時 （　・・・　）

5）午後に横になって休息をとっている時　　　　　　　　（　・・・　）

6）座って人と話している時　　　　　　　　　　　　　　（　・・・　）

7）昼食をとった後（飲酒なし）、静かに座っている時　　（　・・・　）

8）座って手紙や書類を書いている時　　　　　　　　　　（　・・・　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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．

　（）

　・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．

（）

　・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．

　（）

・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．

　（）

　　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？

（）

⑷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？

　　（）

　　⑤運動について

　　　・運動する習慣はありますか？

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（）

　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ｋｇ

・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？　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　（）

　　⑧自動車運転しますか？ 　　　　　　　（）

　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

⑸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) 　　　（）

・女性の方へ　月経（最終月経　　　月　　日・周期（）　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．