

ID

睡眠時無呼吸外来 問診票

記入日

年 月 日

ふりがな

氏名 様 歳 (男・女)

身長: cm 体重: kg

付添 無・有

(ご関係)

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (いいえ・はい)
- ・他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか? (ない・ある)
- ・健康診断の結果はお持ちですか? (ない・ある)

- ・今回は睡眠時無呼吸についてどのような症状で受診されましたか?
(・健康診断の精密検査)
- ・寝ている時に息が止まったり、いびきが大きいとご家族から言われたことがありますか?
(いいえ・はい (息がとまる・いびきが大きい))
- ・鼻づまりやのどの異常を感じることはありますか?
(ない・ある)
- ・寝ている時に歯ぎしりがあると言われたことはありますか?
(ない・ある)
- ・目が覚めたときに、口の中が乾くことがよくありますか?
(ない・ある)
- ・寝る前にアルコールは飲みますか?
(飲まない・飲む)
- ・運転中に眠気がきて事故を起こしそうになったことはありますか?
(ない・ある)
- ・熟睡感(朝起きてよく眠れた感じ)はありますか?
(ない・ある)
- ・日中(仕事や家事などに)眠たくなることはよくありますか?
(ない・ある)
- ・夜間睡眠中に何回くらい起きますか?
(0回・ 回)

- ・今までで治療を受けたことのある病気をお書きください
(ない・ある (高血圧・糖尿病・肥満症・メタボリックシンドローム・脂質異常症・
高尿酸血症・緑内障・前立腺肥大症・腎臓病・その他 ())
- ・今まで手術をうけたことはありますか?
(ない・ある (いつ: 病名:))
- ・血縁関係にあるご家族で以下の病気をお持ちの方はお書きください
(ない・ある) ※あるとお答えの方は、あてはまるものに○をつけてください。
心臓病(狭心症・心筋梗塞・その他)、脳血管疾患、がん、糖尿病、高血圧、脂質異常症、
遺伝性疾患 ()・突然死 (続柄:)
- ・現在かかりつけの病院・医院はありますか?
(ない・ある (病院名:))
- ・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか
(ない・ある (いつ: 指摘事項:))

裏面へ続く

以下の8つの状況において、右の4つの段階で眠気の程度をお答えください。
以下の状況が実際になくても、その状況になった場合を想像し該当する点数に○をつけてください。

状況	決して眠くならない	とまれあに眠たくなるこ	時々眠くなる	眠くなることが多い
①すわ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テレビをみているとき	0	1	2	3
③会議、映画館など人がたくさんいる場所で座っているとき	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午後に横になって、休憩しているとき	0	1	2	3
⑥座って人と話しているとき	0	1	2	3
⑦昼食後静かに座っているとき	0	1	2	3
⑧座って手紙や書類を書いているとき	0	1	2	3

合計 _____ 点

- ・ペースメーカーなど体内に金属類は入っていますか？
（いいえ・はい（ ））
- ・タバコは吸いますか？
（いいえ・はい：1日 本 年間・ 年前にやめた）
- ・アルコールは飲みますか？
（飲まない・飲む（種類： 、 回/月・週・日、機会飲酒程度）
- ・食べ物や飲み物、薬剤などでアレルギー症状をおこしたことはありますか？
※発疹、気分不良、ショックなどおこしたことがある方はお書きください。
（いいえ・はい（ ））
- ・（女性の方）現在妊娠中ですか、もしくは可能性はありますか、また授乳中ですか
（いいえ・はい（妊娠中・授乳中）・答えたくない・その他（ ））
- ・現在他院からの薬やサプリメントを服用しているものがあればお書きください
（ない・ある（ ）・お薬手帳参照）
- ・特に調べてほしいこと、ご希望の検査、治療がありましたら、ご記入ください。
（ ）
- ・当院、当科をどちらでお知りになりましたか？
（ホームページ・知人の紹介・近所だから・通りがかり・知り合いがいる・その他（ ））

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お願いいたします。