

いびき・睡眠時無呼吸 問診表

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 体重(45歳以下) kg
住所 〒	
電話番号	携帯電話

1. 下記の質問にお答えください。

- (1) 現在までにかかったことのある病気、もしくは現在治療を行なっている病気に○を付けて下さい。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 その他()
- (2) 現在服用している薬はありますか？ ある ない
 ⇒「ある」とお答えの方は薬の名称を教えてください。(薬名:)
- (3) 鼻の病気と診断されたことがありますか？
 ない ある (副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 鼻中隔わん曲 その他())
- (4) のどの病気と診断されたことがありますか？
 ない ある ()
- (5) 1日の平均睡眠時間を教えてください。 (約 時間／1日)

2. あてはまるものに○をつけてください。(複数可)

- (1) 眠っている時に呼吸が止まっていると言われたことがある はい(秒くらい) いいえ
- (2) 長時間眠った割に熟睡感がない。
- (3) 昼間に眠くなることがよくある
- (4) 寝つきは非常に良い
- (5) 睡眠中や寝入りばなに足がビクツとすることがある
- (7) 寝起きがわるい
- (8) 夜中に数回目が覚めることがある
- (9) 朝起きたときにノドが渇く
- (10) 昔に比べて太った はい(kgくらい) いいえ

3. 現在タバコは吸いますか？あてはまるものに○をつけてください。

- ① 今まで吸っていない
- ② 以前は吸っていた ⇒ (年前まで) 1日平均約()本
- ③ 吸っている ⇒ (歳のときから) 1日平均約()本

4. 睡眠時無呼吸症候群の検査を希望されますか？ 希望する 希望しない

5. 当院を何でお知りになりましたか？

近所だから ・ 看板を見て ・ ホームページ ・ 知人の紹介
 その他()