

# 睡眠習慣及び睡眠障害に関する問診票① ID:

記入日：令和 年 月 日 ( ) 体温 °C

ふりがな T・S・H

名前 (name) 男・女 年 月 日 ( 歳)

身長： cm 体重： kg

住所 (address) 〒

自宅TEL 携帯TEL

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (※マイナンバーで受け付けましたか)

はい いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状をもらっていますか

はい いいえ

3. 本日はどのような症状がいつからですか

症状： いつ頃：

4. 他の医療機関に通院中ですか

医療機関： 発症日：

治療内容：

5. 処方されているお薬はありますか (お薬手帳お持ちの方は受付へお出し下さい)

薬剤名：

6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院・手術等)

病名： 医療機関：

治療内容：

7. 今までに薬の副作用・食物のアレルギーはありますか

いいえ はい (種類)： 症状：

8. この1年間で健診を受けましたか？

いいえ はい (特定健診・会社健診など)

9. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？ (また妊娠を希望されていますか？)

・いいえ ・はい (妊娠 カ月・授乳中) ・不明 最終月経 ( 月 日～ 日間・現在生理中)

・妊娠を希望していますか？ ・希望している ・希望していない

当院は診療情報を取得・活用する事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致します。

2枚目もありますのでご記入をお願いします

## 睡眠習慣及び睡眠障害に関する問診票② ID:

最近生活の中で次のような状況になると、眠くてうとうとしたり眠ってしまう事がありますか

※このような状況になった事がなくてもなった場合を想像してお答えください。

0:時に眠ってしまうことはない 1:時に眠ってしまう 2:しばしば眠ってしまう 3:だいたいいつも眠ってしまう

### ★症状

1. 座って読書中 (0 1 2 3)

2. テレビを見ている時 (0 1 2 3)

3. 人の大勢いる場所(会議・劇場など)で座っているとき (0 1 2 3)

4. 他の人の運転する車に、休憩なしで1時間以上乗っているとき (0 1 2 3)

5. 午後に横になって休憩をとっているとき (0 1 2 3)

6. 座って人と話しているとき (0 1 2 3)

7. 飲食せずに昼食後、静かに座っているとき (0 1 2 3)

8. 自分で車を運転中に渋滞や信号機で数分間、停まっているとき (0 1 2 3)

★ いびきをかくことがありますか?またいびきを指摘されたことはありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前 不明

★ 睡眠中に呼吸が止まることを指摘されたことがありますか また自覚症状はありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前 不明

★ 夜間睡眠時にトイレなどで何度か起きることはありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前

★ 朝、起床時に頭痛・めまい・倦怠感を感じることはありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前

★ 日中の疲労感がありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前

★ 運転中に居眠り運転をしてしまい事故になりそう・または起こしてしまった事がありますか

なし ある いつ頃からですか 年 カ月前

★ お酒(ビール・日本酒・ウィスキー・ワイン)などをのみますか

飲まない 付き合い程度 毎日飲む(種類: 量: 本数&mL)