

睡眠時無呼吸症候群問診票(○をおつけ下さい) ID: _____

お名前: _____ 年齢: _____ 歳

身長: _____ cm 体重: _____ kg

*いびきを ①いつもかいている ②たまにかく ③ほとんどかかない

*治療中の病気があればお知らせ下さい。

①なし ②あり(病名 _____)

*睡眠薬: ①飲まない ②たまに飲む

③毎日飲む その内容(_____)

*精神安定剤: ①飲んでない

②飲んでいる その内容 _____

*飲酒: ①飲まない

②飲む(主に何を? _____ 量は? _____ 頻度は: 毎日 時々 たまに)

*たばこ ①吸わない ②以前吸っていた

③吸う (1日 _____ 本× _____ 年間)

*自動車の運転 ①ほぼ毎日 ②週末程度 ③ほとんどしない

*1日の睡眠時間: _____ 時間

眠さについての質問	ウトウトする可能性が			
	ほとんどない	少しある	半々くらい	高い
●座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
●座ってテレビを見ているとき	0	1	2	3
●会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
●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
●午後横になって、休憩をとっているとき	0	1	2	3
●座って人と話をしているとき	0	1	2	3
●昼食をとった後(飲酒なし)、静かに座っているとき	0	1	2	3
●座って手紙や書類を書いているとき				
合計点数	点			

11点以上は強い眠気があると判断されます

差し支えなければ、今回受診動機を教えてください(例、病院のホームページを見た、知人の紹介など)