

# 睡眠呼吸障害に関する問診表

おなまえ \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_  
(具体的に)

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

■ 1から10について、あなたにあてはまるものを選んで、番号を○で囲んでください。  
特にお困りの症状には、◎をおつけください。  
○または◎をつけた項目は、( )の設問にお答えください。

1. 睡眠中、いびきをかく (いつ頃からですか )
2. 睡眠中、息が止まるといわれた (いつ頃からですか )
3. 何時間寝ても熟睡感がなく寝不足 (いつ頃からですか )
4. 朝、目がさめたとき、頭が重い／頭が痛い (いつ頃からですか )
5. 夜中に、2回以上トイレに行く (いつ頃からですか )
6. 他の人と比べて昼間の居眠りが多い (いつ頃からですか )
7. 居眠りのため仕事などに支障が出る (いつ頃からですか )
8. 車の運転中も居眠りをがまんできない (いつ頃からですか )
9. 居眠り運転のため事故を起こしたことがある (これまで何回くらいですか 回)  
／起こしかけたことがある
10. 最近数年間で体重が増えた (何キロ増えましたか )

■ AからFのなかで、該当するものを○で囲んでください。特に、医療機関に通院したり、治療を受けているものには、◎をおつけください。

- A. 鼻やのどの病気がある
- B. 血圧が高い
- C. 血糖値が高い・尿糖陽性
- D. 血液の脂肪(コレステロールや中性脂肪)が高め
- E. 肝機能障害がある
- F. その他にありましたらお書きください

( )

■ お困りのことがありましたら、お書きください。

( )