

## 患者様情報

ID: \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

性別  男性 女性

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_歳

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所1 \_\_\_\_\_

住所2 \_\_\_\_\_

### 電話

(自宅) \_\_\_\_\_ ←クリニック名で連絡をしてもよろしいですか？

( はい ・ いいえ )

(携帯) \_\_\_\_\_ ←休診時等でご連絡する場合がありますのでご記入下さい。

(緊急連絡先) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

FAX \_\_\_\_\_

Eメールアドレス \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm この一年で5kg以上増減がありましたか？

体重 \_\_\_\_\_ kg ( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_ kg 増・減

職業 \_\_\_\_\_

アンケートのご協力をお願いします。 当院を何でお知りになりましたか？ (複数選択可)

雑誌  新聞  テレビ  知人  産業医  他の医療機関  ホームページ  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

当院では診察、その他に際し、患者様のお名前をお呼び致します。ご了承下さい。

## 初診問診

### 1 当院を受診される理由は何ですか（複数選択可）

- 日中の眠気       イビキの指摘       睡眠時無呼吸の指摘       不眠  
 他の医療機関からの紹介

経過や症状など、なるべく詳しくお書き下さい。そのほか、健康に関して気になることが有ればご記入ください。

### 2 上記の症状以外について該当するものがあれば選択してください（複数選択可）

- 歯ぎしり  
 眠ろうとする時に足がむずむずして、動かしたくなるような事がある。  
 金縛り（目が覚めているのに動けない状態）にあった事がある。  
 笑ったり感情的になったときに、ガクガクしたり、体の力が抜けるような事がある。  
 睡眠中の行動の指摘（叫ぶ、記憶にない行動など）

### 3 自覚症状が有る方は、いつ頃からですか

- 1年未満       1年以上2年未満       2年以上3年未満       3年以上

### 4 あなたの睡眠習慣について記入してください

- 就寝時刻      \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_       交代勤務者ですか（ はい ・ いいえ ）  
起床時刻      \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
平日睡眠時間      \_\_\_\_\_ 時間      ・      休日睡眠時間      \_\_\_\_\_ 時間  
一晩に何回目が覚めますか（      回 ）      そのうちトイレには何回行きますか（      回 ）

### 5 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか（複数選択可）

- 高血圧       糖尿病       高脂血症       高尿酸血症       心疾患       脳血管疾患       うつ病  
 アレルギー性鼻炎（花粉症含む）       逆流性食道炎  
 その他（      ）       なし

### 6 あなたの生活習慣について、記入してください

- 喫煙      \_\_\_\_\_ 本/日      喫煙歴      \_\_\_\_\_ 年      禁煙経験（有 ・ 無）  
 飲酒      頻度（毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない）      飲酒歴      \_\_\_\_\_ 年  
 既婚（同居 ・ 単身赴任）       未婚       同室で寝る人（いる ・ いない）

### 7 女性の方にお聞きします。

- 月経周期（      日）       不順       閉経（      歳）       妊娠中（      カ月）

ありがとうございました。

グッドスリープ・クリニック

## 服薬記録

当院での検査・診断・治療に必要な情報ですので、現在服用している薬（サプリメント等も含む）についてご記入ください。

薬品名	服薬の理由（病名等）	量	服薬期間

薬に対するアレルギーがある場合にはご記入ください

ありがとうございました。

# 睡眠時無呼吸の評価

## (Epworth Sleepness Scale(ESS))

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下さい。

合計点数が11点以上だと睡眠時無呼吸症候群の疑いが強いと考えられます。

No.	状況	決して眠くならない	まれに眠くなることがある	時々眠くなる	眠くなることが多い
①	座って読書をしているとき	0	1	2	3
②	テレビを見ているとき	0	1	2	3
③	人がたくさんいる場所で座ってなにもしないとき (例えば会議中や映画を見ているときなど)	0	1	2	3
④	車に乗せてもらっているとき (1時間くらい)	0	1	2	3
⑤	午後、横なって休憩しているとき	0	1	2	3
⑥	座って誰かと話しているとき	0	1	2	3
⑦	昼食後静かに座っていると	0	1	2	3
⑧	座って手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

合計 \_\_\_\_\_ 点