

# 問診表

記入日：20 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
電話	自宅： - -	携帯： - -	
住所1	〒 -		
住所2	〒 -		
職業			
緊急連絡先	氏名： 電話番号： 続柄：	※ご本人様以外の番号でお願い致します。	

身長	cm	この一年で5 kg以上増減がありましたか？ ( はい ・ いいえ ) kg
体重	kg	

当院を何で知りましたか？ (複数選択可)
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 家族・知人
<input type="checkbox"/> その他 ( )



薬について

現在、使用しているお薬をご記入下さい。

なし

あり→お薬手帳をお持ちの方は提出いただければ記入不要です。

薬剤名：

アレルギーについて

食物、薬剤、その他アレルギーがありましたらご記入下さい。

## 睡眠時無呼吸の評価 (Epworth Sleepiness 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もある	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ていないとき (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