

名前:

ID:

日付:

いびき・睡眠無呼吸 問診票

この問診票は、いびき・睡眠時無呼吸について診断を行うためのものです。

できるだけ正確にお答え下さい。(ご自分で分からない場合、他の方に聞いて下さい。)

1 いびきについて

- ・いつ頃からですか? ()
- ・どういう音ですか? ()
- ・いつ頃ひどいと言われますか? (寝てすぐ ・ 夜中 ・ 明け方)
- ・近頃どうですか? (ひどい ・ 変化なし ・ まし)
- ・朝、のどは痛いですか? (はい ・ いいえ)

2 睡眠時無呼吸について

- ・いつ頃からですか? ()
- ・どれくらいですか? (よく止まる・時々止まる・あまりない)
- ・どのくらいの時間止まっていますか? ()
- ・いつ頃ひどいと言われますか? ()
- ・昼に眠くなりますか? (よくなる ・ 時々なる ・ ない)
- ・最近睡眠不足がちですか? (はい ・ いいえ)
- ・睡眠時間はどれくらいですか? (時間)
- ・昼、気がつくとき寝ていることはありますか? (よくある ・ 時々ある ・ ない)
- ・昼、集中力はどうですか? (ない ・ なくなる時がある ・ 大丈夫)
- ・夜中、目が覚めますか? (覚める: 回/日くらい ・ 覚めない)
- ・どういう姿勢で寝ますか? ()

3 その他のことについて

- ・身長 (cm) 体重 (kg)
- ・体重は近頃増えていますか? (はい : ヶ月で kg ・ いいえ)
- ・睡眠薬や安定剤は飲んでいませんか? (はい ・ いいえ)
- ・お酒を飲みますか? (はい : 量は ・ いいえ)
- ・扁桃腺が大きいと言われたことはありますか? (はい ・ いいえ)
- ・慢性副鼻腔炎 (ちくのう) と言われたことはありますか? (はい ・ いいえ)
- ・息苦しくなることはありますか? (よくなる ・ 時々なる ・ ならない)
- ・呼吸器疾患を指摘されていますか? (はい ・ いいえ)

→裏にもありますので、続けてお答えください。

