

睡眠時無呼吸症候群問診表

記入日 年 月 日

ふりがな		住所	
氏名	男 女		
TEL		生年月日	
身長	体重		才

① 現在までにかかったことのある病気、もしくは現在治療を行っている病気に○を付けて下さい。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 痛風または高尿酸血症
 うつ病その他精神疾患 その他()

② 現在服用している薬はありますか？ある場合はその種類(薬剤名)をご記入ください。

③ 一日の平均睡眠時間は何時間ですか？
 約 時間 就寝 時 ~ 起床 時

④ 就寝しても眠れないことがありますか？いつ頃からですか？

⑤ 夜中に目が覚めますか？ またその時は息苦しいですか？

⑥ 「いびきが大きい」、「呼吸が止まる」と言われたことはありますか？

⑦ 居眠り運転で事故になりかけたことはありますか？

⑧ 朝、起きたときの気分はどうですか？ (頭痛、すっきりしない、など)

⑨ 最近10年間の体重増加はどれくらいですか？

⑩ 現在タバコは吸いますか？
 吸わない 吸っていた 吸う
 ⇒(年前まで) 1日平均約()本 ⇒(歳から) 1日平均約()本

⑪ お酒はよく飲みますか？
 飲まない 飲む
 どのぐらいの頻度・量を飲みますか？
 例: 週に缶ビール一本を2回ほど

ご記入お疲れ様でした。

この問診票を持って当院の受付にご提出ください。

名古屋市守山区緑ヶ丘107
 おがたファミリークリニック
 TEL: 052-768-6093