

睡眠障害専門外来 初診問診票

記入日：西暦 年 月 日

患者様のお名前： (歳) ☐ 男 ☐ 女
 同伴者のお名前： (続柄：)

I. 今日ご相談なされたい症状はなんですか？当てはまるものにいくつでも☑チェックを入れてください。

- ☐ 1) 眠れない
☐ 2) 昼間眠くて目覚めていられない
☐ 3) 眠っている間に息が止まる
☐ 4) 脚が むずむず する
☐ 5) 脚が勝手にピクピク と動く
☐ 6) 眠っている間に歩き回る
☐ 7) 眠っている間に大声を出す
☐ 8) 学校や職場のスケジュールに合わせて起きられない
☐ 9) その他 (具体的に)

血圧: / mmHg
 身長: cm
 体重: kg

※外来時に測定

II. その症状はいつ頃から始まり、頻度はどのくらいですか？また、きっかけはありましたか？

年 月 歳頃から
 に 回程度

きっかけ ☐ ない ☐ ある (具体的に:)

III. 上記の症状のことで検査・治療を受けたことがありますか？

医療機関名 年 月 ~ 年 月
 医療機関名 年 月 ~ 年 月

IV. 上記の症状以外に現在治療を受けている病気がありますか？

医療機関名 年 月 ~ 年 月
 医療機関名 年 月 ~ 年 月

V. 過去1ヶ月の睡眠についてお聞きます。

1) 過去1ヶ月間、通常何時ころに寢床につきましたか？

就寝時刻 平日: ☐ 午前 ☐ 午後 時 分 ころ
 休日: ☐ 午前 ☐ 午後 時 分 ころ

2) 過去1ヶ月間、寢床についてから 眠りにつくまでに どのくらい時間を要しましたか？

約 分

3) 過去1ヶ月間、通常何時ころに起床しましたか？

起床時刻 平日: ☐ 午前 ☐ 午後 時 分 ころ
 休日: ☐ 午前 ☐ 午後 時 分 ころ

4) 過去1ヶ月間、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？

これは、あなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。

睡眠時間 1日平均 約 時間 分

Ⅵ. 血縁のご家族やご親族で本日も相談されたい睡眠に関する同じような症状がある方はいますか？
☐ いない ☐ いる （ご本人との関係：_____）

Ⅶ. アレルギー反応(蕁麻疹等)が生じたことがあるものに✓を付けてください。
☐ 食物アレルギー （具体的に：_____）
☐ お薬のアレルギー （具体的に：_____）
☐ その他のアレルギー （具体的に：_____）

Ⅷ. 今までかかった主な病気・けがについて、あてはまるものには☑を入れてください。
☐ 高血圧 （_____歳頃） ☐ 糖尿病 （_____歳頃） ☐ 高脂血症 （_____歳頃）
☐ 喘息 （_____歳頃） ☐ アトピー （_____歳頃） ☐ けいれん （_____歳頃）
☐ 頭部外傷 （_____歳頃） ☐ 大きなケガ・事故 （_____）
☐ その他 （_____）

Ⅸ. 教育・職業歴についてお伺いします。
①最終学歴：【_____】 ☐ 卒業 ☐ 在学中 ☐ 中退
②職業歴：

	勤務期間	夜勤の有・無
	歳 ～ 歳	☐ 有 ☐ 無
	歳 ～ 歳	☐ 有 ☐ 無

Ⅹ. ご家族についてお伺いします。
① 現在同居している方 ☐ なし ☐ あり （例 父、母、兄：_____）
② 兄弟姉妹 ☐ なし ☐ あり （_____人中 _____番目）
③ 結婚歴 ☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚
④ 子ども ☐ なし ☐ あり

タバコや飲酒・嗜好品についてお伺いします。

- ・ タバコ ☐ 吸わない ☐ 吸う （1日あたり _____本くらい）
（過去に1日あたり _____本くらい吸っていた）
- ・ アルコール ☐ ほとんど飲まない ☐ 機会があれば飲む
☐ ほぼ毎日飲む （1日あたり _____を _____くらい）
- ・ カフェイン入り飲料 ☐ 飲まない
☐ 飲む ☐ コーヒー ☐ 紅茶 ☐ 日本茶 ☐ ココア ☐ 健康ドリンク
☐ チョコレート その他（_____）
⇒ 量：夕方以降に _____杯 _____個

Ⅺ. ①現在服用中の薬と、もらっている医療機関名を教えてください。
医療機関 _____ 薬の名称 _____
医療機関 _____ 薬の名称 _____
医療機関 _____ 薬の名称 _____
②現在、薬局で買っているお薬・サプリメント・漢方薬等ありましたら教えてください。
[_____]