

睡眠障害専門外来 初診問診票

患者様のお名前 : _____ (_____ 歳) 男 女

同伴者のお名前 : _____ (続柄: _____)

平日の日中に連絡のつく電話番号: _____

ご住所: _____

E-mail: _____

I. 今日ご相談なさいたい症状はなんですか？当てはまるものいくつか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もられない
- 3) 眠っている間に息が止まる
- 4) 脚がむずむずする
- 5) 脚が勝手にピクンピクンと動く
- 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 _____)

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. 血縁のご家族やご親族で本日ご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 : _____)

VI. 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 (_____)

Ⅶ. 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	歳 ~ 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	歳 ~ 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

Ⅷ. ご家族についてお伺います。

- 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

Ⅷ. 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

Ⅷ. 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 [_____] 薬の名前 [_____]

医療機関 [_____] 薬の名前 [_____]

医療機関 [_____] 薬の名前 [_____]

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。

[_____]

X. 過去1ヶ月の睡眠についてお聞きします。

1) 過去1ヶ月間、通常何時ころに寝床につきましたか？

就寝時刻: 午前 午後 _____ 時 _____ 分 ころ

2) 過去1ヶ月間、寝床についてから 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: 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、あなたが寝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

5) 過去1ヶ月間、以下の 理由 のために睡眠が困難なことがありましたか？

最も当てはまるものに☑印をつけてください。

5a. 寝床についてから30分以内に眠ることができなかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5b. 夜間または早朝に目が覚めたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5c. トイレに起きたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5d. 息苦しかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5e. 咳が出たり、大きないびきを聞いたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5f. ひどく寒く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5g. ひどく暑く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5h. 悪い夢をみたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5i. 痛みがあったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5j. 上記以外の理由があれば、次の空欄に記載してください

【理由】

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

6) 過去1ヶ月間の、ご自分の睡眠の質は全体として、どうですか？

1. 非常によい 2. かなりよい 3. かなりわるい 4. 非常にわるい

7) 過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で、眠るために薬を服用しましたか？

(医師から処方された薬、あるいは薬店で買った薬)

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

8) 過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など 眠ってはいけな
いときに、起きていられなくなり 困ったことがありましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

9) 過去1ヶ月間、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？

1. まったく問題なし 2. ほんのわずかだけ問題があった

3. いくらか問題があった 4. 非常に大きな問題があった

10) 家族/同居人がいますか？

1. どちらもいない 2. 家族/同居人がいるが寝室は別

3. 家族/同居人と同じ寝室であるが寝床は別 4. 家族/同居人と同じ寝床

上記の質問で、2 または 3、または 4 と答えた方のみにおたずねします。

あなたご自身のことをついて、ご家族または同居されている方に、以下の各項目について過去1ヶ月
間の頻度をお尋ねください。

10a. 大きないびきをかいていた

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10b. 眠っている間に、しばらく呼吸が止まることがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10c. 眠っている間に、足がビクンとする動きがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10d. 眠っている途中で寝ぼけたり混乱することがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10e. 上記以外に、じっと眠っていないようなことがあれば、次の空欄に記載してください

【その他じっと眠っていないようなこと】

こういったこと(10e)が過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で起こりましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上