

## 睡眠外来問診票

お名前： \_\_\_\_\_

- ご相談なされたい理由はなんですか？ あるいは症状は何でしょうか？（複数回答可）
  - 眠れない
  - 夜中に目が覚める
  - 眠った感じがしない
  - 日中の眠気
  - 朝、起きられない
  - 眠っている間に息が止まる
  - いびきがひどい
  - 夜中に息苦しくなる
  - 夜になると足がむずむずして、動かしたくなる。
  - 寝ているときに足が勝手に動く
  - 金縛り
  - 眠っている間に大声を出す
  - 眠っている間に歩き回る
  - 笑ったり、感情的になったときに急に力が抜ける
  - 悪夢を見る
  - 夜中に何度もトイレに行く
- その症状はいつからでしょうか。
  - 1ヶ月前より  半年前より  1年前より  2年以上前より
- あなたの睡眠習慣について教えてください。
  - 寝床に付く時間 \_\_\_\_：\_\_\_\_      眠りに付く時間 \_\_\_\_：\_\_\_\_
  - 起床時間 \_\_\_\_：\_\_\_\_
  - 平日睡眠時間 \_\_\_\_時間      休日睡眠時間 \_\_\_\_時間
  - 一晩に何回目が覚めますか？（ \_\_\_\_回） そのうちトイレには何回行きますか？（ \_\_\_\_回）
  - 交代勤務を行っていますか（ はい いいえ ）
- 今までにかかった病気や入院してことはありますか？（複数回答可）
  - 高血圧  糖尿病  高脂血症  高尿酸血症  心疾患  脳血管疾患  うつ病
  - アレルギー性鼻炎（花粉症）  逆流性食道炎
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）  特になし
- あなたの生活習慣について、よろしければ教えてください。
  - 喫煙 \_\_\_\_本/日 喫煙歴 \_\_\_\_年  以前、吸ってきた
  - 飲酒（ 毎日 時々 ほとんど飲まない ）  同室で寝る人は（ いる いない ）
- その他に気になることがありましたら、ご記入ください。

ありがとうございました。