

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。