

# いとう耳鼻咽喉科 睡眠問診票

お名前 \_\_\_\_\_

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

次の質問に対して、わかる範囲で結構ですので( )の中に記入、または○で囲んでください。

1. 睡眠に関して気になる症状は何ですか？ ( 自分には自覚症状はない 家族から指摘された )  
いびき 呼吸が止まる 昼間眠い 眠れない その他 ( )
2. 設問1で呼吸が止まると答えた方へ  
無呼吸は何秒ぐらいありますか？ ( 10秒以内 10秒～20秒ぐらい 30秒以上 それ以上 )
3. 無呼吸は1時間に何回ぐらいありますか？ ( 約 回ぐらい わからない )
4. 睡眠の問題に関して、今まで病院を受診したことはありますか？ ( ない ある )  
(ある場合は内容 \_\_\_\_\_ ) (差し支えなければ病院名 \_\_\_\_\_ )
5. 鼻詰まり、鼻炎、アレルギーはありますか？  
( ない ある ) →病名がわかる場合は記入してください( )
6. 現在服用しているお薬はありますか？  
( ない ある ) →薬剤名( \_\_\_\_\_ )
7. 現在までにかかったことのある病気、あるいは現在治療中の病気があれば教えてください。  
①脳卒中 ②高血圧 ③高脂血症 ④糖尿病 ⑤心疾患 ⑥その他 ( \_\_\_\_\_ )
8. 平均睡眠時間はどれくらいですか？ 約 ( \_\_\_\_\_ ) 時間ぐらい  
眠る時刻 午前・午後 ( \_\_\_\_\_ ) 時頃 目覚める時刻 午前・午後 ( \_\_\_\_\_ ) 時頃
9. 不規則な生活(夜勤や交代制勤務など)はありますか？ ( ない ある (週に \_\_\_\_\_ 回ぐらい) )
10. もし以下の状況になったとしたら、どのくらいとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか？  
数字に○をつけ、合計点を記入してください。  
(※最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。以下の状況になったことが実際にはない場合も、その状況になった時を想像してお答えください。)

- |                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| ① 座って何かを読んでいる時 (新聞、本、雑誌、書類など) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ② 座ってテレビを見ている時                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ③ 会議、映画館、劇場などで静かに座っている時       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ④ 他の人の運転する車に1時間以上続けて乗っている時    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ⑤ 午後に横になって休憩をとっている時           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ⑥ 座って人と話をしている時                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ⑦ 昼食をとった後 (飲酒なし)、静かに座っている時    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ⑧ 座って手紙や書類などを書いている時           | 0 | 1 | 2 | 3 |

点数：0＝うとうとする可能性はほとんどない      1＝うとうとする可能性は少しある  
2＝うとうとする可能性は半々くらい              3＝うとうとする可能性が高い

合計点数 \_\_\_\_\_ 点