

「いびき」や「日中の眠気」で受診される方へのアンケートです。
プリントアウトして、わかる範囲でご記入いただき持参してください。

お名前

年齢 才 身長 c m 体重 k g

～ の問いに以下の要領で点数をつけてください。

眠ることはない(0点)

時に眠ってしまう(1点)

よく眠ってしまう(2点)

ほとんど眠ってしまう(3点)

日中、眠くなりますか?

0・1・2・3

座って読書しているとき

0・1・2・3

テレビを見ているとき

0・1・2・3

ひとが大勢いる場所(会議など)で座って何もしていないとき

0・1・2・3

1時間ぐらい車に乗せてもらっているとき

0・1・2・3

午後横になって休憩しているとき

0・1・2・3

座って誰かと話しているとき

0・1・2・3

アルコールを飲まずに静かに座っているとき

0・1・2・3

運転中、渋滞や信号待ちで停まっているとき

0・1・2・3

合計 点

以下の問いにもわかる範囲でお答えください。

Q10．最近10年間の体重増加はどれくらいですか?

Q11．就寝しても眠れないことがありますか?いつ頃からですか?

Q12．何時頃ふとんに入りますか?

Q13．夜中に目が覚めますか?

Q14．朝は何時頃に目が覚めますか?

Q15．起きたときの気分はどうですか?

Q16．家族に「いびきが大きい」または「呼吸が止まる」といわれますか?

Q17．今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか?

Q18．現在服用している薬があれば、その種類(薬剤名)を教えてください。

(お薬手帳があればご持参ください。)

ご協力ありがとうございました