

睡眠時無呼吸症候群 問診票

お名前

年齢 才 身長 cm 体重 kg 腹囲 cm

Q1. もし、以下の1)~8)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。
最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。

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

以下の状況が実際になくても、その状況になった場合を想像し該当する点数に○をつけて下さい。

すべての項目にお答えください。(1 ~ 8 の各項目で、○は1つだけ)

1) すわって何かを読んでいるとき(新聞、雑誌、本、書類など)	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	0	1	2	3
4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
5) 午後に横になって、休息をとっているとき	0	1	2	3
6) すわって人と話をしているとき	0	1	2	3
7) 昼食をとった後(飲酒なし)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

ESS 合計 点

Q2. 最近10年間の体重増加はどれくらいですか？

Q3. 勤務形態は？ (日勤 夜勤 二交代制 三交代制)

Q4. 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？

Q5. 睡眠時間は？ 就寝 時 ~ 起床 時

Q6. 夜中に目が覚めますか？ その時、息苦しいですか？

Q7. 起きたときの気分はどうですか？ (頭痛がする、熟睡感がない、など)

Q8. 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？

Q9. 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？(該当するものに○)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風または高尿酸血症 鼻炎 うつ病その他精神疾患

その他 ()

Q10. 居眠り運転で事故になりかけたことはありますか？

Q11. 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