

青色のペンでアンケートのご記入をお願いします。

睡眠問診表

年 月 日

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 職業 \_\_\_\_\_

交代勤務 (シフト制) は? (あり・なし)

運転免許 (あり・なし) 運転業務は? (あり・なし)

◇ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg (20歳頃の体重は? \_\_\_\_\_ kg) 現在の体温: \_\_\_\_\_ °C

◇ 睡眠状態 寝る時刻 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ 起きる時刻 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

◇ 受診された理由 (症状) は?

( \_\_\_\_\_ )

◇ 症状: (当てはまるものに○をつけてください)

- いびき (指摘された場合も含む)
- 睡眠時の無呼吸
- 夜間の窒息感
- 鼻づまり (あり・なし)
- 居眠り運転をしたことがある ( 0回 ・ 1回 ・ 2回以上 )
- 居眠り運転事故をしたことがある ( 0回 ・ 1回 ・ 2回以上 )
- うまく眠れないこと
- 寝汗
- 夜間のトイレの回数 ( 0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上 )
- 起床時の頭痛、頭重感
- 日中の眠気、全身倦怠感 集中力の低下
- 口の中にすっぱい胃酸の味がして、目が覚めること
- 睡眠中の異常行動 (歩き回ったり、大声を出すなど)
  - 有り ⇒ 内容 \_\_\_\_\_
- 寝入りばなや夜間に足がムズムズ、ほてったり、ピクピク動くこと

裏面もご記入ください

- ・寝入りばなに夢、幻覚
- ・体がしびれて動けなくなる事（金縛り）
- ・怒ったり、笑ったりした時、急に体の力が抜ける感じ
- ・1ヶ月以上、憂うつな気分または沈んだ気持ち。
- ・1ヶ月以上、何事にも興味がわかない、心から楽しめない感じ
- ・男性のみ：インポテンツ（男性機能の低下）

◇ 現在かかっている病気？（当てはまるものに○をつけてください）

- ・高血圧 ・脳梗塞
- ・心臓病（狭心症、心筋梗塞など）  
→ 不整脈（心房細動など）（なし・あり） → 投薬（なし・あり）
- ・糖尿病（なし・あり ⇒ インスリン療法：なし・あり）
- ・緑内障（なし・あり）
- ・脂質異常症（高脂血症） ・高尿酸血症
- ・呼吸器疾患（喘息、気胸、肺炎など）
- ・神経疾患 ・うつ病、またはうつ状態 ・てんかん
- ・耳鼻科疾患（蓄膿症、アレルギー性鼻炎、扁桃肥大など）
- ・貧血 ・消化器疾患 ・肝炎
- ・その他（ ）

治療中で薬を処方されている方は、受付にお薬手帳をご提出ください。

※お持ちでない場合は次回必ずご持参ください。

- ・要介護認定（なし・あり ⇒ 要介護度：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）

◇ 過去にかかったことのある病気？

（ ）

◇ アレルギー？：（なし・あり） ありの場合、具体的に記入して下さい。

（ ）

◇ 飲酒（無・時々・毎晩）

◇ 喫煙（吸わない・吸う 本／一日）

◇ （女性の方のみ） 現在、妊娠されていますか？：（はい・いいえ）

# ＜JESS問診表＞

ID: \_\_\_\_\_ 名前: \_\_\_\_\_ 記入日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

日中の眠気についてお尋ねします。

以下の8つの状況の時、あなたはうとうと（数秒～数分眠ってしまう）しますか？  
仮にそうだったらと考えてみて、あてはまる箇所の○をつけてください。

EDS うとうとする可能性は？	ほとんど ない (0)	少しは ある (1)	半々 くらい (2)	高い (3)
1. 座って本、雑誌、書類、新聞を 読んでいるとき				
2. 座ってテレビを見ているとき				
3. 映画館や会議では				
4. 1時間車に乗せてもらっている とき				
5. 午後用事がなく、横になって休 んでいるとき				
6. 座って誰かと話をしているとき				
7. 昼食後、静かに座っているとき (酒は飲まず)				
8. 座って手紙や書類などを書いて いるとき				

点