

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) _____

◆ マイナンバーカードで受付し、診療情報の取得に同意します (はい・いいえ) _____

◆ 他の医療機関からの紹介状は持っていますか? (はい・いいえ) _____

→ はいに○をつけられた方は受付にご提出ください。

◇ 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 (指摘された場合も含む)

・ 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) _____ ない場合は
0回に○をつけてください。

・ 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

・ 寝入りばなに夢、幻覚 ・ 体がしびれて動けなくなる (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らない、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)

裏面もご記入ください

◇ 現在かかっている病気は？（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） ※なし・あり 必ずどちらかに○をつけてください。

・ 脂質異常症（高脂血症） ・ 高尿酸血症 ・ 貧血 ・ 消化器疾患 ・ 肝炎

・ 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）

・ その他（ ）

◆ 現在、他の医療機関に通院されていますか？ （はい・いいえ）

【医療機関： 】 【受診日： 】 【治療内容： 】

◆ 現在、処方されている薬はありますか？ （はい・いいえ）

（マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方を除き、記載を省略できます）

【薬剤名： 】 【用量： 】 【投薬期間： 】

※同意されていない方、直近1ヶ月以内の処方薬については、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。

◆ 過去に大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことがありますか？ （はい・いいえ）

【病名： 】 【時期： 】

【医療機関： 】 【治療内容： 】

◆ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ （はい・いいえ）

（マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載を省略できます）

【受診時期： 】 【指摘事項： 】

・ 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

◇ アレルギーはありますか？：（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）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。