

睡眠外来 問診票

予約日 年 月 日

受診される方のお名前 生年月日	フリガナ お名前	生年月日	年	月	日	歳 男・女
本人のご住所						
本人の電話番号						
本人の身長と体重	身長	cm	/	体重	kg	
同伴者様のお名前	フリガナ お名前	(続柄)				
同伴者様の電話番号						

***症状についてお尋ねします。下記の質問にお答えください。裏面もあります。**

1.最も気になる症状をお書きください。

2.当てはまる症状があれば、☒印をつけてください。

- ☐寝つきが悪い
- ☐夜中に何度も目が覚める
- ☐朝早くに目が覚めてしまう
- ☐ぐっすり眠れた気がしない
- ☐日中、眠くなってしまうて困る
- ☐朝、起きられない
- ☐脚の不快感（むずむず感、ほてり、痛みなど）
- ☐睡眠中の（ ☐いびき ☐無呼吸 ☐寝言 ☐動き回る ☐歯ぎしり ）
- ☐上記以外（)

3. 睡眠について

- ①一日の睡眠時間はおおよそ何時間ですか？ ()時
- ②就床時間は何時ですか？ ()時
- ③起床時間は何時ですか？ ()時
- ④夜間に何度も起きてしまうことはありますか？ 1. はい 2. いいえ
- ⑤寝汗をかきますか？ 1. はい 2. いいえ
- ⑥眠りやすい姿勢はどれですか？ 1. 仰向け 2. うつぶせ 3. 横向き
- ⑦目が覚めたとき疲れを感じたり、頭痛がしたり、気分のすぐれないことがありますか？
1. いつも 2. ときどき 3. あまりない

4.これらの状態はいつ頃からありましたか？（時期 頃から）

5.これらの状態は日常生活にどのくらい支障がありますか？ ☐ある ☐少しある ☐今のところない

6.精神科や心療内科に通院したことはありますか？お薬の治療を受けていますか？

☐ある ☐ない ある場合は詳細を（ ）内に記入

（)

7.通院治療中の病気があれば病名とお薬名をお書きください。お薬手帳をご用意ください。

8.過去に治療した病気や手術した病気があればお書きください。

9.介護保険の申請をしていますか？ ☐はい ☐いいえ

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 医療機関名 ()

10.現在やこれまでにしたご職業や最終学歴をお書きください。

11.お食事についてお書きください。

☐いつもと同じように食べる ☐くち当たりの良いものだけ食べる ☐食事量が減っている ☐食べない

12.睡眠は十分にとれていますか？睡眠時間を教えてください。

☐とれている ☐昼寝する ☐とれていない (時間位寝ている)

13.飲酒についてお答えください。

☐しない ☐月に数回 ☐週1～2回 ☐週の半分以上 ☐毎日 一日の飲酒量 ()

13.喫煙はしますか？

☐しない ☐する (歳頃から 本/日)

☐以前は吸っていた (歳頃から 歳頃まで 本/日)

14.アレルギーはありますか？ ☐ある () ☐ない

15.ご結婚について教えてください。

☐未婚 ☐既婚 ☐死別 ☐子供あり ☐子供なし

16.同居しているご家族について教えてください。例) 夫、妻、子供の何人家族

17 同居していないご家族について教えてください。例) 長男-札幌市手稲区、長女-東京都

18.ご両親や血縁の方に、精神病やパーキンソン病や頭の病気になった方はいますか？その方とのご関係をお書き下さい。

☐いる (病名 本人との関係) ☐いない

19.ご質問があればお書きください。

問診は以上になります。ありがとうございました。