

睡眠障害専門外来に初診で来られた患者様へ

ご記載日_____年_____月_____日

ご本人のお名前：_____（_____歳）男・女
同伴者のお名前：_____（続柄：_____）

診療の充実のため、初診日までの間か、待ち時間に以下の事項をご記入ください。

I. 今日ご相談なりたい症状はなんですか？当てはまるものにくつでも○をつけてください

- (1) 眠れない (2) 昼間眠くて目覚めてられない (3) 眠っている間に息が止まる
(4) 脚がムズムズする (5) 脚が勝手にピクンピクンと動く
(6) 眠っている間に歩き回る (7) 眠っている間に大声を出す
(8) 学校や職場のスケジュールにあわせて起きられない

その他具体的に（_____）

II. その症状はいつ頃から始まり、頻度はどのくらいですか？また、きっかけはありましたか？

_____年_____月（_____歳）頃から

週・月・年に _____回程度

きっかけない _____ きっかけある（_____）

III. 上記の症状のことで検査・治療を受けたことがありますか？

(1) 医療機関名 _____ 科 _____年_____月～ _____年_____月

(2) 医療機関名 _____ 科 _____年_____月～ _____年_____月

IV. 上記の症状以外に現在治療を受けている病気がありますか？

(1) 病名：_____ 医療機関名：_____ 科 _____年_____月～

(2) 病名：_____ 医療機関名：_____ 科 _____年_____月～

V. ご家族で同じような症状がある方がいますか？

いない・いる（_____）

VI. 今までかかった主な病気・けが、受けた手術についてお書きください

・難産（出生異常） ・発達の遅れ ・けいれん ・頭部外傷

・その他の病気・けが・手術など

_____歳頃 病名 _____

_____歳頃 病名 _____

_____歳頃 病名 _____

_____歳頃 病名 _____

VII. これまでと現在の生活について教えてください。夜勤のあるなしもお願いします。

学歴： _____ 卒業・在学中（ _____ 年生）・中退

職歴： _____ 歳～ _____ 歳： 夜勤あり・夜勤なし

_____ 歳～ _____ 歳： 夜勤あり・夜勤なし

_____ 歳～ _____ 歳： 夜勤あり・夜勤なし

VIII. 嗜好品について教えてください

飲酒： 飲まない・飲む

内容： ビール・日本酒やワイン・ウイスキー _____ 本・杯 毎日・週・月に
_____ 回

タバコ： 吸わない・吸う 一日 _____ 本・

カフェインの入ったもの： とらない・とる

種類： コーヒー・紅茶・お茶・ココア・コーラ・健康ドリンク・チョコレート

その他（ _____ ）

量： 夕方以降に _____ 杯・個

IX. 現在、他の医療機関から処方されている薬、薬局で買っている薬、サプリメント、漢方薬、健康食品などを服用・使用している場合にはなるべく詳しくお書きください。お持ちになった紹介状やお薬手帳に書かれているものは省略して結構です。

薬・サプリメントの名前か種類（ _____ ）

薬・サプリメントの名前か種類（ _____ ）

薬・サプリメントの名前か種類（ _____ ）

薬・サプリメントの名前か種類（ _____ ）

薬・サプリメントの名前か種類（ _____ ）

X. 過去一ヶ月の睡眠についてお聞きします

1) 過去1か月間、通常何時ころ寢床につきましたか？

就寝時刻：午前・午後 _____時_____分ころ

2) 過去1か月間、寢床についてから眠りにつくまでにどれくらい時間を要しましたか？

約_____分

3) 過去1か月間、通常何時ころ起床しましたか？

起床時刻：午前・午後 _____時_____分ころ

4) 過去1か月間、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？

これはあなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません

睡眠時間 1日平均約 _____時間_____分

5) 過去1か月間、以下の理由のために睡眠が困難なことがありましたか？最も当てはまるものに○印をつけてください

5 a. 寢床についてから30分以内に眠ることができなかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 b. 夜間または早朝に目が覚めたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 c. トイレに起きたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 d. 息苦しかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 e. 咳が出たり、大きないびきをかいたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 f. ひどく寒く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

5 g. ひどく暑く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5 h. 悪い夢をみたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5 i. 痛みがあったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5 j. 上記以外の理由があれば、次の空欄に記載してください

【理由】

この理由(5 j)のために、過去1か月間に、どれくらいの頻度で睡眠が困難でしたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

- 6) 過去1か月間の、ご自分の睡眠の質は全体として、どうですか？
 1. 非常によい 2. かなりよい 3. かなりわるい 4. 非常にわるい
- 7) 過去1か月間、どれくらいの頻度で、眠るために薬を服用しましたか？
 (医師から処方された薬あるいは薬屋で買った薬)
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 8) 過去1か月間、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など眠ってはいけないときに、起きていられなくなり困ったことがありましたか？
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 9) 過去1か月間、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？
 1. 全く問題なし 2. ほんのわずかだけ問題があった
 3. いくらか問題があった 4. 非常に大きな問題があった
- 10) 家族/同居人がおられますか？→おられない方は、問2に進んでください
 1. どちらもいない 2. 家族/同居人がいるが寝室は別
 3. 家族/同居人と同じ寝室であるが寝床は別 4. 家族/同居人と同じ寝床

上記の質問で、2または3または4と答えた方のみにおたずねします。

あなたご自身のことについて、ご家族または同居されている方に、以下の各項目について過去1か月間の頻度をおたずねください

- 10a. 大きないびきをかいていた
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 10b. 眠っている間に、しばらく呼吸が止まることがあった
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 10c. 眠っている間に、足のピクンとする動きがあった
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 10d. 眠っている途中で寝ぼけたり混乱することがあった
 1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上
- 10e. 上記以外に、じっと眠っていないようなことがあれば、次の空欄に記載してください

【その他じっと眠っていないようなこと】

こういったこと(10e)が過去1か月間、どれくらいの頻度で起こりましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上

お名前： _____様

ご記入日： _____年 _____月 _____日

ご協力ありがとうございました