

## 睡眠時無呼吸 問診票

① 現在の症状について ○をつけてください。

日中の眠気がある	毎日	しばしば	たまに	なし
いびきをかかと言われる	毎日	しばしば	たまに	なし
呼吸が止まっていると言われる	毎日	しばしば	たまに	なし
なかなか寝付けない	毎日	しばしば	たまに	なし
夜中に目が覚めることが多い	毎日	しばしば	たまに	なし
ぐっすり眠った気がしない	毎日	しばしば	たまに	なし
夜中にトイレに起きる	毎日	しばしば	たまに	なし
(起きる方: 何回くらいですか		回くらい)		
朝起きた時に頭痛がある	毎日	しばしば	たまに	なし
昼間、疲労感が取れない	毎日	しばしば	たまに	なし
筋肉がけいれんする	毎日	しばしば	たまに	なし

その他気になる症状があればご記入ください。

② 現在の生活習慣について

現在の身長・体重 身長            cm 体重            kg

体重に変動がありましたか？

増加した (            kg/年) ・ 減少した (            kg/年) ・ 変動なし

アルコール類をお飲みになりますか？ ○をつけてください。

毎日 ・ 週2-3回 ・ 月に数回 (1回に飲む量は:           )

ほとんど飲まない

③ 現在の健康状態について

現在、過去において該当する疾患及び項目はありますか？

高血圧     不整脈     心疾患     脳梗塞・脳血管障害     甲状腺機能低下

高脂血症     糖尿病     緑内障     喘息     夜尿症     ED

アレルギー性鼻炎・花粉症     扁桃炎     その他 (            )

内服中のお薬はありますか？     ない     ある

(薬剤名:            )

食物や薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない     ある (食物・薬の名前            )

## Epworth sleepiness scale (ESS)

あなたの最近の生活の中で以下のような状況になると、眠くてうとうとしたり、眠ってしまう事がありますか？最近の日常生活の事を思い出して下さい。下の数字に○をつけてください。

質問のような状況になったことがなかったとしても、その状況になればどのようになるか想定してください。

それぞれの評価点数の合計が11点以上だと睡眠時無呼吸症候群の疑いが強いと考えられます。

① 座って読書しているとき	0	1	2	3
② テレビを見ているとき	0	1	2	3
③ 人がたくさんいる場所で座って何もしていないとき (たとえば会議中や映画をみているときなど)	0	1	2	3
④ 車に乗せてもらっているとき(1時間くらい)	0	1	2	3
⑤ 午後横になって休憩しているとき	0	1	2	3
⑥ 座って誰かと話しているとき	0	1	2	3
⑦ 昼食後静かに座っているとき	0	1	2	3
⑧ 運転中、渋滞や信号待ちで止まっているとき	0	1	2	3

0点：決して眠くならない

1点：まれに眠くなる時がある

2点：時々眠くなる

3点：眠くなることが多い

合計点数                      / 24

ご記入ありがとうございました。  
クリニック 柏の葉