

受診申し込み票

記載日： R 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------|---|------------|---------------|-------------|
| 氏名 | (フリガナ) _____ | | | (男・女) |
| 住所 | 〒 _____ 県 | | | |
| 携帯番号 | () _____ | 自宅 | () _____ | |
| 緊急連絡先 | () _____ | <氏名: _____ | | 続柄: _____ > |
| ※緊急連絡先はご本人様以外でお願いします。 | | | | |
| 生年月日 | (明・大・昭・平 年 月 日 歳) | | | |
| 職業 | 1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 4. 教職員 5. 無職 6. 医療関係 7. 学生 | | | |
| 職種 | 1. 事務職 2. 管理職 3. 作業職 4. 運転手 5. 医師 6. 主婦 7. その他() | | | |
| 勤務形態 | 1、日勤 2、夜勤・深夜あり 3、その他() | | | |
| 身長 | _____ cm | 体重 | _____ kg | |
| 体温 | _____ °C (平熱: _____ °C) 平熱のみご記入下さい | | ※血圧・体重は測定します。 | |

・本日、受診された目的は？(最もお困りの点はなんですか？)

(_____)

・当クリニックの受診のきっかけは？ 紹介状をお持ちの方は受付へご提示ください。

(インターネット ・ 紹介状がある ・ 家族のすすめ ・ 知り合いの紹介)

・治療中の疾患はありますか？

(_____)

・これまでにかかった病気はありますか？

(_____)

・服用中のお薬はありますか？(市販薬も含む) お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

ない ・ ある (_____)

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(マイナ保険証ご提示の方のみ)

はい ・ いいえ

・健康診断/特定検診などを受診したことがありますか？

受けていない ・ 近1年の間に受診した(_____ 月頃) ・ 過去に受けたことがある(_____ 年 _____ 月頃)

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。

睡眠に関するアンケート

ふくおか睡眠クリニック

《質問1》 あてはまる項目を○で囲み、該当するところには記入してください。

| | | | | | |
|---|--------------------------------|-----|--------------|-------------|------------|
| 1 | お酒を飲みますか？ | いいえ | 週に1～3回飲む | 週に4～5回飲む | 毎日飲む |
| 2 | タバコを吸いますか？ | いいえ | 1日に1～10本吸う | 1日に11～20本吸う | 1日に20本以上吸う |
| 3 | からだに合わない食べ物、お薬はありますか？ | ない | (ある:) | | |
| 4 | 現在、妊娠中または授乳中ですか？ | いいえ | はい | | |
| 5 | 緑内障を医療機関で指摘されたことがありますか？ | ない | (未治療 / 治療中) | | |
| 6 | アレルギーはありますか？ | ない | (ある:) | | |
| 7 | 体重は入社時と比べて太りましたか？(目安は20歳頃と比べて) | いいえ | 太った(kg増えた) | | |
| 8 | 睡眠時無呼吸症候群の検査を受けてみたいですか？ | いいえ | はい | | |

《質問2》

Japanese version of the Epworth sleepiness scale (JESS)

もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいうとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか？

最近の日常生活を思いうかべてお答えください。

以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答え下さい。(1～8の各項目で、○は1つだけ)

すべての項目にお答えしていただく事が大切です。

できる限りすべての項目にお答えください。

| | | うとうと ほとんど する可 能性は | うとうと する可 能性は 少し ある | うとうと する可 能性は 半々 くらい | うとうと する可 能性は 高い |
|---|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1 | すわって何かを読んでいるとき (新聞、雑誌、本、書類など) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | すわってテレビを見ているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 乗客として、1時間続けて自動車に乗っているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | 午後に横になって、休息をとっているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | すわって人と話をしているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | 昼食をとった後(飲酒なし)、静かにすわっているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | すわって手紙や書類などを書いているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |

予 診 表

初診の方の診察効率化のためにご協力ください。

困っている事はなんですか？(○印をご記入ください)

- 1：自分は困っていないが、周りが心配している
- 2：夜間窒息感： 寝ているときにノドが詰まった感じや閉塞感があり目覚める
- 3：熟眠感欠如： 十分な時間の睡眠をとったつもりでも起床時にすっきりしない
- 4：日中眠気： 十分な時間の睡眠をとったつもりでも日中に耐え難い眠気がある
- 5：夜間トイレ： 寝てから朝の起床までの間に、トイレ（排尿）に起きる
- 6：中途覚醒： 睡眠中に目覚める
- 7：起床時口渇： 起床時にノドが渇く
- 8：起床時頭痛・頭重感： 起床時に頭が痛い・あるいは重たい感じがする
- 9：イビキ・無呼吸の指摘：他人からイビキ・無呼吸を指摘されている
- 10：その他 以下に具体的にご記入ください
()

現在の睡眠状況について(おおよその時間で良いです)

平日：就眠 _____ 時、起床 _____ 時

休日：就眠 _____ 時、起床 _____ 時

寝つき： 良い ・ 普通 ・ 悪い (寝つくまでの時間：約 _____ 分)

仮眠もしくは昼寝をしますか(はい いいえ) / 仮眠もしくは昼寝の時間：約 _____ 分

検査に必要な項目です。(○印をご記入ください)

鼻閉はありますか？(はい いいえ)

鼻で呼吸ができますか？(はい いいえ)

寝ている時に汗をかきやすいですか？(はい いいえ)

窓外の音（自動車の音など）が睡眠の邪魔になりますか？(はい いいえ)

ご自宅での生活や睡眠時に特別な環境・処置などがありますか？

(○印、あるいはご記入ください)

在宅酸素療法 ペースメーカー 透析 その他()