

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。

CPAP を使用する前、困っていた事はなんですか？(○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
()

CPAP 使用して効果を得られましたか？

- 1：効果を感じている 2：思ったより効果を感じてない

2を選ばれた方への質問です。困っている事はなんですか？

- 1：マスクが合わない 2：CPAP 装置の音が気になる 3：持ち運びしづらい
4：その他()

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()