

《 睡眠検査前チェック 》

名前 _____ 日付 _____
年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女
身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____
*受診のきっかけ：インターネット・ご紹介（ _____ 先生）・その他 _____

健康状態について

1) 現在、他の病気で通院されていますか？（ はい ・ いいえ ）

* 「はい」を選んだ方は①～④についてお答えください。

① 高血圧

過去に、高血圧で病院にかかったことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

最初に高血圧で病院にかかった時期はいつ頃ですか？ _____ 歳頃

現在、高血圧で病院にかかっていますか？（ はい ・ いいえ ）

② 糖尿病

過去に、糖尿病と診断されたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

治療を開始されたのはいつ頃ですか？ _____ 歳頃

高脂血症（コレステロールが高い）と指摘されたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

③ 脳血管障害

過去に、脳血管障害と診断されたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

脳血管障害と診断された時期はいつ頃ですか？ _____ 歳頃

④ 心疾患

心臓が悪いと言われたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

それはいつ頃ですか？ _____ 歳頃

治療はしましたか？（ はい ・ いいえ ）

2) 常用薬

現在、薬を服用していますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」と答えた方

該当する薬は何ですか？（ 降圧剤 ・ 睡眠剤 ・ 精神安定剤 ・ その他： _____ ）

3) 体重の変化

加齢による体重変化がありましたか？

はい→20代 _____ kg	いいえ
30代 _____ kg	
40代 _____ kg	
50代 _____ kg	
60代 _____ kg	
70代 _____ kg	

4) 嗜好品

お酒を飲みますか？（ はい ・ いいえ ）

飲酒量 _____ /日 飲酒歴 _____ 年

たばこを吸いますか？（ はい ・ いいえ ・ 過去に吸っていたがやめた ）

本数 _____ 本/日 喫煙歴 _____ 年

* たばこをやめられた方も過去の本数と喫煙歴をご記入ください

普段の睡眠状態やいびきについて

1) いびき・無呼吸

*いびきは毎晩かきますか？（ はい ・ いいえ ）

いつ頃からいびきを指摘されましたか？ _____ 歳頃

いびきをかくのは（ 飲酒時・疲労時・仰向けで寝ているとき・その他: _____ ）

*息が止まっているとの指摘をうけたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

それはいつ頃からですか？ _____ 歳頃

頻度は（ 毎晩・時々・まれに ）

*睡眠中に息苦しいと感じて目が覚めたことがありますか？（毎晩・時々・まれに・一度もない）

2) 睡眠

*睡眠時間はどれくらいですか？ _____ 時～ _____ 時 _____ 時間位

*寝付くまでの時間はどれ位ですか？ _____ 分

*寝返りはよくうちますか？（ はい ・ いいえ ）

*一晩に何回トイレに行きますか？ _____ 回

*寝汗はよくかきますか？（ はい ・ いいえ ）

*朝起きた時にのどが渇いていますか？（ はい ・ いいえ ）

*目が覚めたとき、気分は爽快ですか？（ はい ・ いいえ ）

*目が覚めたとき、頭痛がしますか？（ はい ・ いいえ ）

*眠ろうとするときに脚がむずむずして眠れず、起きあがって歩きたくなるようなことがありますか？（ 毎晩 ・ 時々 ・ まれに ・ 一度もない）

*寝ているときに、脚がしびれて動けなくなること（金縛り）がありますか？

（ たびたび ・ まれに ・ 一度もない）

3) 昼間及び仕事や運転中の眠気

*昼寝をしますか（居眠りも含む）（ 毎日 ・ 時々 ・ まれに ・ 一度もない ）

何分くらいですか？ _____ 分

*工作中、眠気に襲われますか？（ たびたび ・ まれに ・ 一度もない ）

*労働災害にあったことはありますか？（ ある ・ ない ）

*車の運転中、眠気に襲われますか？（ たびたび ・ まれに ・ 一度もない ）

交通事故を起こしたことはありますか？（ ある ・ ない ）

交通事故を起こしそうになったこと（ニアミス）はありますか？（ ある ・ ない ）

4) その他

*集中力の低下を感じることはありますか？（ はい ・ いいえ ）

*記憶力の低下を感じることはありますか？（ はい ・ いいえ ）

*イライラしたり、興奮しやすく感じることはありますか？（ はい ・ いいえ ）

*性的機能低下（インポテンツ）を感じることはありますか？（ はい ・ いいえ ）

*笑ったり、感情的になったりしたとき、ガクガクしたり、体の力が抜けるようなことがありますか？（ たびたび ・ まれに ・ 一度もない ）

★ 総合的にご自身の睡眠状態をどのように評価しますか？

（ 充分 ・ まあまあ ・ 不十分 ・ 分からない ）

〈 アテネ不眠尺度 〉

「睡眠のトラブル」についてチェックするアンケートです。

過去1ヶ月間に少なくとも週3回以上経験したものについて、あなた自身が感じたその程度を選んでください。

*寝つき（床についてから眠るまでに要する時間）

- 0) いつも寝つきは良い
- 1) いつもより少し時間がかかった
- 2) いつもよりかなり時間がかかった
- 3) いつもより非常に時間がかかった、あるいは全く眠れなかった

*夜間、睡眠途中で目が覚める

- 0) 問題になるほどのことはなかった
- 1) 少し困ることがある
- 2) かなり困っている
- 3) 深刻な状態、あるいは全く眠れなかった

*希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れない

- 0) そのようなことは無かった
- 1) 少し早かった
- 2) かなり早かった
- 3) 非常に早かった、あるいは全く眠れなかった

*総睡眠時間

- 0) 十分である
- 1) 少し足りない
- 2) かなり足りない
- 3) 非常に早かった、あるいは全く眠れなかった

*全体的な睡眠の質（睡眠時間の長さに関わらない）

- 0) 満足している
- 1) 少し不満である
- 2) かなり不満である
- 3) 非常に不満である、あるいは全く眠れなかった

*日中の気分

- 0) いつも通り
- 1) かなり減入った
- 2) 少し減入った
- 3) 非常に減入った

*日中の活動について（身体的及び精神的）

- 0) いつも通り
- 1) かなり低下した
- 2) 少し低下した
- 3) 非常に低下した

*日中の眠気

- 0) 全くない
- 1) かなりある
- 2) 少しある
- 3) 激しい

選んだ数字をすべて足した合計点は

点

〈 EPWORTH SCALE 〉

“昼間の眠気”をチェックするアンケートです

以下の状況下でうとうとしたり、眠ってしまったりすることはありますか？

最近の日常生活を思い出して教えてください。

また、質問の中には最近行っていないものが含まれている場合もありますが、そうした場合はご自身がそうした状況下にあると仮定してお答えください。

【 数字の度合い 】

- 0：決して眠くならない
- 1：ときどき、居眠りしてしまう
- 2：居眠りすることがよくある
- 3：だいたいいつも居眠りしてしまう

	点数			
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, 公の場所で座って何もしていないとき（例えば劇場や会議）	0	1	2	3
4, 1時間続けて車に乗せてもらっているとき	0	1	2	3
5, 状況が許せば、午後横になって休息するとき	0	1	2	3
6, 座って誰かと話しをしているとき	0	1	2	3
7, 昼食後（お酒を飲まずに）静かに座っているとき	0	1	2	3
8, 自分が運転していて、交通渋滞で2～3分止まっているとき	0	1	2	3

合計点 _____ 点

お疲れ様でした。以上でアンケートは終わりです。

ご協力ありがとうございました。