

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご 職 業			
お名前		・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)		
			電話番号			
住 所	〒		身長 :	cm	体重 :	kg
			体温 :	°C		

治療・治療費の希望にそれぞれチェックをお願い致します。

- 気になる症状すべてに対しての検査や治療を希望 すべて保険で治してほしい
今気になる症状に対してのみの検査や治療を希望 必要に応じて保険外も検討

お悩みの症状は何ですか？ またその症状はいつからですか？

()

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 癌 喘息 脳出血/脳梗塞
不整脈 痛風 アトピー性皮膚炎 その他 ()

ご家族の方で現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 癌 喘息 脳出血/脳梗塞
不整脈 痛風 アトピー性皮膚炎 その他 ()

過去に手術を受けられたことはありますか？ ※ありの場合はどんな手術か記入して下さい。

なし あり ()

現在服用中のお薬はありますか？ ※ありの場合は記入して下さい。

なし あり ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし 日光 アトピー性皮膚炎 アルコール 金属 花粉

薬・食べ物 ()その他 ()

該当するものにそれぞれチェックをお願い致します。

●お酒はのりますか？

飲まない 飲む → 週 () 日 1日の摂取量 ()

●たばこは吸いますか？

吸わない 吸う → 1日 () 本 禁煙した (いつ頃 :)●妊娠中・授乳中ですか？ いいえ わからない はい () 週目 授乳中

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- ・ホームページ
- ・Instagram
- ・キレイパス
- ・イーパーク
- ・ビル内の施設を利用中
- ・メディカルドック（まとめサイト）
- ・知人の紹介（ご紹介者様名 :)
- ・その他 ()

睡眠科 問診票

年 月 日

氏名

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浮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ください。
(1~8 の各項目で、○は 1 つだけ)

		うとうとする可能性？			
		ほとんどない	少しはある	半分くらい	高い
<u>すべての項目にお答えください</u>					
1	座って何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書籍など）	0	1	2	3
2	座ってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3	会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき	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	座って人と話をしているとき	0	1	2	3
7	昼食をとった後（飲酒無し）、静かに座っているとき	0	1	2	3
8	座って手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

過去1か月間に、少なくとも週3回以上経験したものを選んでください。

1	寝床についてから実際に寝るまで、時間がかかりましたか？	0	いつもより寝つきは良い
		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	非常に時間がかかった、あるいはまったく眠れなかった
2	夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか？	0	問題になるほどることはなかった
		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
3	希望する起床時間より早く目覚めて、それ以後、眠れないことはありましたか？	0	そのようなことはなかった
		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
4	夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は足りていましたか？	0	十分である
		1	少し足りない
		2	かなり足りない
		3	全く足りない、あるいは全く眠れなかった
5	全体的な睡眠の質について、どう感じていますか？	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
6	日中の気分はいかがでしたか？	0	いつもどおり
		1	少し滅入った
		2	かなり滅入った
		3	非常に滅入った
7	日中の身体的および精神的な活動の状態は、いかがでしたか？	0	いつもどおり
		1	少し低下した
		2	かなり低下した
		3	非常に低下した
8	日中の眠気はありましたか？	0	全くなかった
		1	少しあった
		2	かなりあった
		3	激しかった
		合計	[1~3点]…睡眠がとれています [4~5点]…不眠症の疑いが少しあります [6点以上]…不眠症の可能性が高いです

この 2 週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？

		全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1	物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	寝付きが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	他人が気付くぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、そわそわしたり、落ち着かず、普段よりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	死んだ方がマシだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたがいずれかの問題に 1 つでも チェックしているなら、

それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、ほかの人と仲良くなっていくことが
どのくらい困難になっていますか？

全く困難でない

やや困難

困難

極端に困難

この1週間、次のような問題にどのくらい悩まされていますか？

		悩まされていない	あまり悩まされていない	悩まされている
1	胃の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	背中の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	腕、足、または関節（膝や股関節等）の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	生理痛や生理に関する問題（女性のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	性交痛や性交に関する問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	失神発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	心臓がドキドキする、または鼓動が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	息切れまたは息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	便秘、軟便、または下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	吐き気、下腹部にガスがたまっている感じ、または消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	睡眠の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>