

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご職業	
お名前		・	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
			電話番号	
住所	〒			身長: cm 体重: kg
				体温: °C

<p>マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>同意した <input type="checkbox"/>同意していない</p>
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>気になる症状すべてに対しての検査や治療を希望 <input type="checkbox"/>すべて保険で治してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>今気になる症状に対してのみの検査や治療を希望 <input type="checkbox"/>必要に応じて保険外も検討</p>
<p>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？</p> <p>()</p>
<p>現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質代謝異常 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>癌 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳出血/脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質代謝異常 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>癌 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳出血/脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>
<p>お薬や食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>日光 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アルコール <input type="checkbox"/>金属 <input type="checkbox"/>花粉</p> <p><input type="checkbox"/>薬・食べ物・その他 ()</p>
<p>該当するものにそれぞれチェックをお願い致します。</p> <p>●お酒はのみますか？</p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む → 週 () 日 1日の摂取量 ()</p> <p>●たばこは吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う → 1日 () 本 <input type="checkbox"/>禁煙した(いつ頃:)</p> <p>●妊娠中・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい () 週目 <input type="checkbox"/>授乳中</p>
<p>当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？</p> <p>・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</p> <p>・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:)</p> <p>・その他 ()</p>

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、どのくらいとうとうとする（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)

		とうとうとする可能性？			
		ほとんどない	少しある	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
3	希望する起床時間より早く目覚めて、それ以降、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	少し減入った
		2	かなり減入った
		3	非常に減入った
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く、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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>