

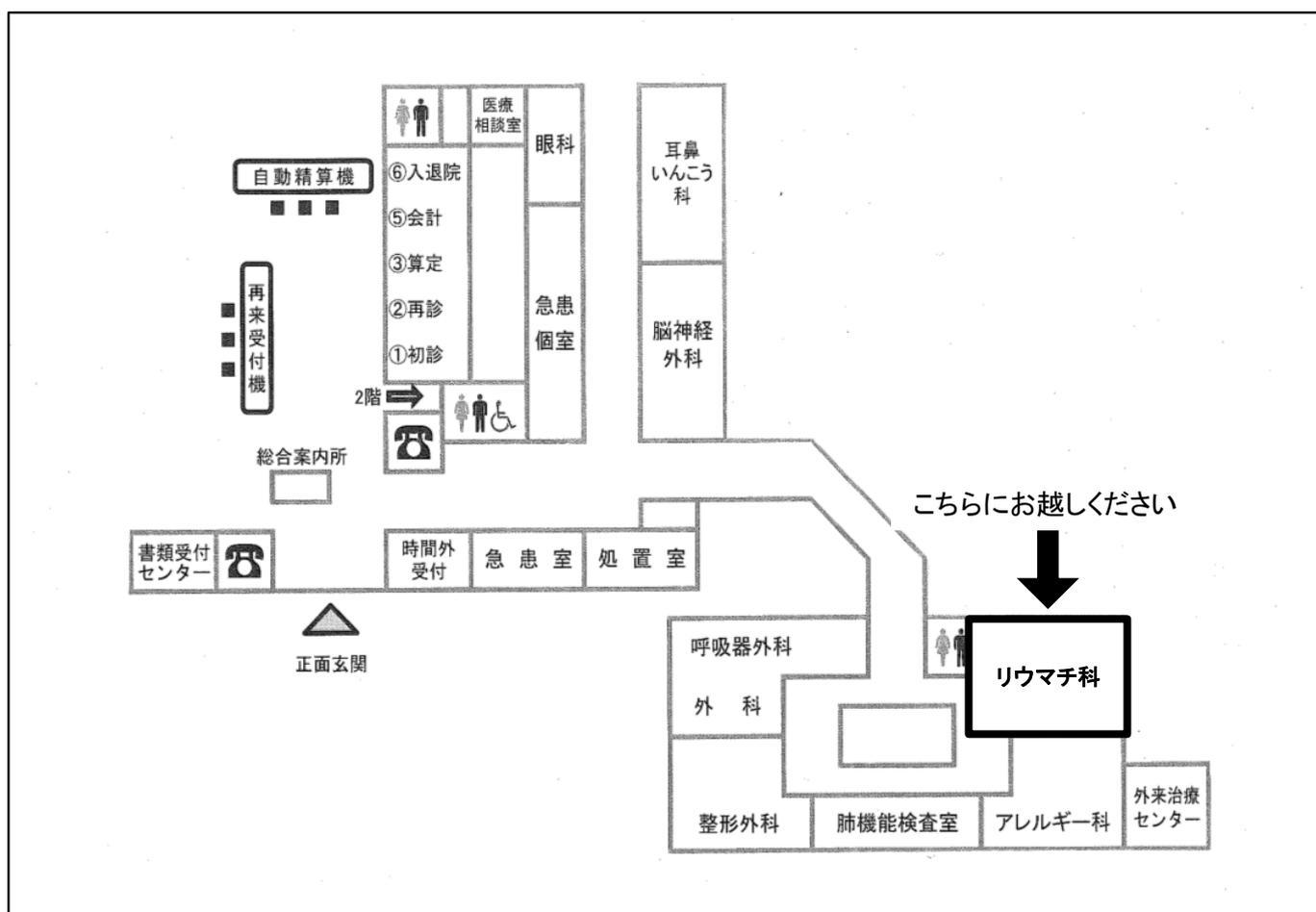
## 睡眠外来を受診される患者さまへ

【睡眠外来】受診時は、リウマチ科の受付窓口までお越しください。

受診をご希望の方は、睡眠問診票をご記入いただき、受診当日に持参してください。

患者さまの状況をしっかり把握して診察させていただくため、質問が多くなっております。

ご協力をお願いいたします。



## 「睡眠外来」問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 男性・女性 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 20歳の頃の体重 \_\_\_\_\_ kg

職業（仕事）： 1) フルタイム（ \_\_\_\_\_ 時間/ 日）  
 2) パートタイム（ \_\_\_\_\_ 時間/ 日）  
 3) 学生  
 4) 退職している  
 5) 交代勤務者  
 6) その他（ \_\_\_\_\_ ）

同居者の有無： a) 同居者がいる b) 独居

「睡眠外来」を受診された理由は何ですか？あてはまるものをすべて選んで下さい。

- 1) 眠気で困っている  
 2) 不眠で困っている  
 3) いびきや睡眠時の無呼吸が気になる  
 4) 脚がむずむずする  
 5) とくに困っていないが、受診するようすすめられた  
 6) 現在治療中だが、さらに詳しい診察を受けたい  
 7) その他

・どれくらいの期間（何年あるいは何か月）、上記の問題を抱えておられますか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月

・上記の症状のことで検査・治療を受けたことがありますか？

医療機関名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

医療機関名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

睡眠習慣についての質問です。あてはまる口にチェックをつけてください。

1. 通常、夜にアルコールを飲みますか？  はい  いいえ  
 2. 通常、コーヒー、その他カフェイン類を夕食後に飲みますか？  はい  いいえ  
 3. 通常、就寝前に激しい運動をしますか？  はい  いいえ  
 4. 通常、就寝前に喫煙しますか？  はい  いいえ  
 5. 通常、夜遅くまでコンピューター/スマートフォンなどを使用していますか？  はい  いいえ  
 6. 通常、食後すぐに就寝しますか？  はい  いいえ  
 7. 通常、静かで暗い部屋で眠っていますか？  はい  いいえ

**過去1か月の睡眠についてお聞きします。****1) 過去1か月間、通常何時ころに寝床につきましたか？**就寝時刻： 午前 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ころ**2) 過去1か月間、寝床についてから眠りにつくまでにどのくらい時間を要しましたか？**

約 \_\_\_\_\_ 分

**3) 過去1か月間、通常何時ころに起床しましたか？**就寝時刻： 午前 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ころ**4) 過去1か月間、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？**

これは、あなたが寝床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。

睡眠時間 1日平均 約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

**5) 過去1か月間、以下の理由のために睡眠が困難なことがありましたか？**

最もあてはまるものにチェックをつけてください。

**5a. 寝床についてから30分以内に眠ることができなかったから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5b. 夜間または早朝に目が覚めたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5c. トイレに起きたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5d. 息苦しかったから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5e. 咳が出たり、大きないびきを聞いたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5f. ひどく寒く感じたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5g. ひどく暑く感じたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5h. 悪い夢をみたから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5i. 痛みがあったから**1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**5j. 上記以外の理由があれば、次の空欄に記載してください**

【理由】

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1～2回 4. 1週間に3回以上**6) 過去1か月間の、ご自分の睡眠の質は全体として、どうですか？**1. 非常によい 2. かなりよい 3. かなりわるい 4. 非常にわるい

## 7) 過去1か月間、どれくらいの頻度で、眠るために薬を服用しましたか？

(医師から処方された薬、あるいは薬店で買った薬)

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 8) 過去1か月間、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など、眠ってはいけないうきに、起きていられなくなり 困ったことがありましたか？

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 9) 過去1か月間、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？

1. まったく問題なし       2. ほんのわずかだけ問題があった  
 3. いくらか問題があった       4. 非常に大きな問題があった

## 10) 家族/同居人がいますか？

1. どちらもない       2. 家族/同居人がいるが寝室は別  
 3. 家族/同居人と同じ寝室であるが寝床は別       4. 家族/同居人と同じ寝床

上記の質問で、2 または 3、または 4 と答えた方のみにおたずねします。

あなたご自身のことをついて、ご家族または同居されている方に、以下の各項目について過去1か月間の頻度をお尋ねください。

## 10a. 大きないびきをかいていた

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 10b. 眠っている間に、しばらく呼吸が止まることがあった

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 10c. 眠っている間に、足がビクンとする動きがあった

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 10d. 眠っている途中で寝ぼけたり混乱することがあった

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

## 10e. 上記以外に、じっと眠っていないようなことがあれば、次の空欄に記載してください

こういったこと(10e)が過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で起こりましたか？

1. なし       2. 1週間に1回未満       3. 1週間に1～2回       4. 1週間に3回以上

11) 現在の（ここ 2 週間）あなたの不眠症の問題の重症度を評価してください

## 11a. 寝付きの困難

0. なし       1. 軽い       2. 中程度       3. 重い       4. 深刻

## 11b. 睡眠維持の困難

0. なし       1. 軽い       2. 中程度       3. 重い       4. 深刻

## 11c. 目が覚めるのが早すぎる問題

0. なし       1. 軽い       2. 中程度       3. 重い       4. 深刻

12) あなたは現在の睡眠パターンにどの程度、満足/不満足ですか？

0. 非常に満足      1. 満足      2. 普通      3. 不満足      4. 非常に不満足

13) あなたは自分の睡眠の問題が、あなたの日中の機能（例えば、日中の疲労、仕事/日常の雑務の能力、集中力、記憶、気分、など）をどの程度妨げていると考えますか？

0. 全く妨げていない      1. 少し妨げている      2. いくらか妨げている  
3. とても妨げている      4. 極めて多く妨げている

14) 他の人から見たら、睡眠の問題があなたの生活の質を妨げている程度はどのくらいだと思いますか？

0. 全く顕著ではない   1. 少し顕著   2. いくらか顕著   3. とても顕著   4. 極めて顕著である

15) あなたは現在の睡眠の問題が、どの程度、心配/不快ですか？

0. 全く顕著ではない   1. 少し顕著   2. いくらか顕著   3. とても顕著   4. 極めて顕著である

16) 以下の8つの状況において、下の4つの段階で眠気の程度にチェックをつけてください。

16a. 座って読書をしているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16b. テレビをみているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16c. 人がたくさんいる場所で座って何もしていないとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16d. 車に乗せてもらっているとき（1時間くらい）

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16e. 午後、横になって休憩しているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16f. 座って誰かと話しているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16g. 昼食後静かに座っているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

16h. 運転中、渋滞や信号待ちで止まっているとき

0. 決して眠くならない   1. まれに眠くなる   2. 時々眠くなる   3. 眠くなることが多い

17) この3か月間、よく夢を見ましたか？

- 1度もなかったか、あっても1カ月に1回未満   1カ月に1回以上ある   1週間に1～2回ある  
1週間に3～5回ある   ほとんど毎日夢を見る

18) この3か月間、夜中に大声で寝言を言ったり、うなされることがありましたか？

- 1度もなかったか、あっても1カ月に1回未満   1カ月に1回以上ある   1週間に1～2回ある  
1週間に3～5回ある   ほとんど毎日寝言を言う

19) 昼間にどれくらい昼寝をしますか？

- 1度もなかったか、あっても1カ月に1回未満   1カ月に1回以上ある   1週間に1～2回ある  
1週間に3～5回ある   ほとんど毎日昼寝をする

20) 睡眠がきちんととれなかった夜の翌日には、どういったことが起こりますか？

当てはまるものをすべて選んでください。

- 昼間の疲れ（倦怠感、眠気、やる気が出ない等）     仕事の能率の低下、記憶力や集中力の低下  
 気分の問題（いらいらする、緊張する、うっとうしい、不安になりやすい、怒りっぽくなる気持ち）  
 身体的な問題（筋肉痛やだるさ、頭がふらふらする、頭痛、吐き気、胸やけ等）     なし

21) タバコや飲酒・嗜好品についてお伺いします。

タバコ    吸わない    吸う（1日あたり \_\_\_\_\_ 本吸う）・（過去に1日あたり \_\_\_\_\_ 本くらい吸っていた）  
アルコール    ほとんど飲まない    機会があれば飲む    ほぼ毎日飲む（1日あたり \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ くらい飲む）  
カフェイン入り飲料    飲まない    飲む（ コーヒー    日本茶    健康ドリンク    その他（ \_\_\_\_\_ ）  
量：夕方以降に \_\_\_\_\_ 杯

22) 現在服用中の薬と、もらっている医療機関名を教えてください。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

23) 現在、薬局で買っているお薬・サプリメント・漢方薬等ありましたら教えてください。

24) 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それは何歳頃ですか？

肝臓病（            才）    脂質異常症（            才）    腎臓病（            才）    臓病（            才）  
脳卒中（            才）    高血圧（            才）    糖尿病（            才）    痛風（            才）  
胃潰瘍（            才）    喘息（            才）    皮膚病（            才）    関節リウマチ（            才）  
鼻疾患（            才）    その他の病気（            才）

\*\*\*\* 質問は以上で終わりですが、他に伝えたいことがあれば以下にお書き下さい。 \*\*\*\*