

No \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1) 今回来院された一番の要因をお聞かせください。

いびき	無呼吸症候群ではないかと気になって
睡眠中息が止まる	CPAP治療がうまくいかない
日中の眠気	マウスピース治療がうまくいかない
熟睡感がない	その他
眠りが浅い	( )

## 2) あなたの睡眠状態をお聞かせください。

- ①布団に入り何分で寝つけますか？  
すぐ ・ 15分 ・ 30分 ・ それ以上
- ②平均睡眠時間は？  
約 \_\_\_\_\_ 時間
- ③就寝中に何回目が覚めますか？  
0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ それ以上
- ④起床時 のどの痛み・違和感・乾燥感がありますか？  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日
- ⑤夜苦しくなって目が覚めることはありますか？  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日
- ⑥手足がピクツとして目が覚めることがありますか？  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日
- ⑦突然の眠気に襲われ 記憶にない行動をしていたことがありますか？  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日 ・ 不明
- ⑧就寝中に手足を異常に動かす と言われたことがありますか？  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日
- ⑨睡眠薬がないと眠れない。  
いいえ ・ 時々 ・ ほぼ毎日

## 3) 運転をされる方への質問です。

- ①一日平均何時間運転されますか？  
0～1時間 ・ 1～3時間 ・ 4時間以上
- ②過去に居眠りや集中力の低下で車両事故を起した経験がありますか？  
いいえ ・ はい ( )
- ③プロドライバーの方に質問です。  
トラック タクシー バス 列車 重機 その他 ( )

ありがとうございました