

問 診 票

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ 男性・女性 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 眠気の状態や眠気がおきる頻度について、該当する数字に○を付けてください。

0: うとうとなることはほとんど無い
1: うとうとなる可能性は少しある
2: うとうとなる可能性は半々くらい
3: うとうとなる可能性が高い

【眠気の状態や眠気がおきる頻度】

a	座って何かを読んでいる時(新聞、雑誌、本、書類など)	0	1	2	3
b	座ってテレビを見ている時	0	1	2	3
c	会議や劇場・映画館などで静かに座っている時	0	1	2	3
d	乗客として(他人が運転する状況で)1時間続けて自動車に乗っている時	0	1	2	3
e	午後に横になって休憩している時	0	1	2	3
f	座って人と話をしている時	0	1	2	3
g	昼食後(飲酒なし)、静かに座っている時	0	1	2	3
h	自分で車を運転中に、交通渋滞などで2~3分停車している時	0	1	2	3

2. 以下の質問について、該当する方に○をつけてください。

a	寝ている時に目が覚める事がありますか？	ない	ある
b	いびきがひどいと言われたことがありますか？	ない	ある
c	寝ている時に息が止まっていると言われたことがありますか？	ない	ある
d	寝ている時に鼻がつまり、目を覚ますことがありますか？	ない	ある
e	寝ようとしても鼻が詰まり、寝付けないことがありますか？	ない	ある
f	前日十分睡眠をとっても、翌日の朝寝足りない感じがありますか？	ない	ある
g	居眠り運転で事故になりかけたことはありますか？	ない	ある