

あじさい耳鼻科・アレルギー科クリニック 問診表 (OSAS初診用)

ふりがな	< 医院記入欄 >      年      月      日																																								
お名前	I D  ☆      ◎      *																																								
① 受診された理由・きっかけはどのようなことでしょうか。																																									
② 身長と体重を教えてください。また、飲酒・喫煙歴を教えてください。 ・身長                      cm                      体重                      kg ・飲酒 (週                      回)                      喫煙 (1日                      本 /                      年)																																									
③ 現在治療している病気や過去にかかったことがある病気があればお書きください。 ・ 診断名 ・ 服用中のお薬(お薬手帳の提出があれば無記名で結構です)  ・ 医療機関名																																									
④ 薬や食物についてのアレルギーはありますか。																																									
⑤ 以下の質問に該当する項目にチェックしてください。 <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 5px;">&lt; 夜 &gt;</td> <td style="width:50%; padding: 5px;">&lt; 朝・昼 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> いびきをいつもかく</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 起床時に頭が重い感じがする</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 家族から時々息が止まっているといわれる</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 起床時に疲れが残る</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 夜間トイレに何度も起きる</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> いつも眠い、居眠りする</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 苦しくて目が覚める</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 仕事に集中できない</td> </tr> </table>		< 夜 >	< 朝・昼 >	<input type="checkbox"/> いびきをいつもかく	<input type="checkbox"/> 起床時に頭が重い感じがする	<input type="checkbox"/> 家族から時々息が止まっているといわれる	<input type="checkbox"/> 起床時に疲れが残る	<input type="checkbox"/> 夜間トイレに何度も起きる	<input type="checkbox"/> いつも眠い、居眠りする	<input type="checkbox"/> 苦しくて目が覚める	<input type="checkbox"/> 仕事に集中できない																														
< 夜 >	< 朝・昼 >																																								
<input type="checkbox"/> いびきをいつもかく	<input type="checkbox"/> 起床時に頭が重い感じがする																																								
<input type="checkbox"/> 家族から時々息が止まっているといわれる	<input type="checkbox"/> 起床時に疲れが残る																																								
<input type="checkbox"/> 夜間トイレに何度も起きる	<input type="checkbox"/> いつも眠い、居眠りする																																								
<input type="checkbox"/> 苦しくて目が覚める	<input type="checkbox"/> 仕事に集中できない																																								
⑥ もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいとうとする(数秒~数分眠ってしまう)と思いますか。 実際にそうならなくても想像してお答えください。(1~8の各項目で○は1つだけ)  0 = 居眠りすることは全くない 1 = 時々居眠りすることがある 2 = 居眠りすることがある 3 = だいたいいつも居眠りしてしまう  <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:60%; padding: 5px;">1) 座って何か読んでいるとき (新聞、雑誌、本、書籍など)</td> <td style="width:5%; text-align: center;">0</td> <td style="width:5%; text-align: center;">1</td> <td style="width:5%; text-align: center;">2</td> <td style="width:5%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2) すわってテレビをみているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5) 午後に横になって、休息をとっているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">6) すわって人と話をしているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7) 昼食をとった後、静かにすわっているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8) 自分で運転し、渋滞や信号で数分間止まっているとき</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>		1) 座って何か読んでいるとき (新聞、雑誌、本、書籍など)	0	1	2	3	2) すわってテレビをみているとき	0	1	2	3	3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	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) すわって人と話をしているとき	0	1	2	3	7) 昼食をとった後、静かにすわっているとき	0	1	2	3	8) 自分で運転し、渋滞や信号で数分間止まっているとき	0	1	2	3
1) 座って何か読んでいるとき (新聞、雑誌、本、書籍など)	0	1	2	3																																					
2) すわってテレビをみているとき	0	1	2	3																																					
3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	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) すわって人と話をしているとき	0	1	2	3																																					
7) 昼食をとった後、静かにすわっているとき	0	1	2	3																																					
8) 自分で運転し、渋滞や信号で数分間止まっているとき	0	1	2	3																																					
⑦ その他、相談したいことはありますか？																																									