

フリガナ		Date of Birth (dd/mm/yy)	/	/	
お名前 Name	男 / 女 MAIR / FEMA	生年月日	明・大 昭・平	年	月 日 歳 Age
ご住所 Address	〒 -				
お電話 Telephone	(自宅) (携帯)	メールアドレス E-mail Address			

当院をお知りになったきっかけを教えてください。

きっかけ 自宅チラシ・会社チラシ・インターネット・知人からの紹介・その他

問診票

1/2 ページ

あなたの症状につきましてわかる範囲でご記入ください。

診断と治療の際の大切な資料となります。 ※ご同伴の方が記入されても結構です。

1 今回来院されたのはどなたですか？

(○印をつけてください)

本人のみ ・ 同伴者がいる

同伴者との関係・・・[家族 (続柄) ・ その他 ()]

2 来院を決めたのは？

(○印をつけてください)

自分の判断で ・ 家族の勧めで ・ 先生や会社の上司の薦めで ・ 友人の薦めで ・ 他の医師の薦めで
その他 ()

3 現在お困りの症状は、何ですか？

(○印をつけてください)

不眠・落ち込み・気力の低下・集中力の低下・イライラ・疲れやすい・物事に対して興味や関心が無くなっている
不安・食欲不振・体重減少

こだわり・・・[鍵・電気やガス・清潔・その他 ()]

体調不良・・・[動悸・息切れ・めまい・その他 ()]

4 3の質問で不眠とお答えになった方にお聞きします。お気づきの症状は以下のうちどれにあてはまりますか？

(○印をつけてください)

寝付きが悪い ・ 夜中に何度も起きる ・ 朝に起きられない ・ 深夜、早朝に起きてしまい再入眠できない
寝ようとすると足がむずむずする ・ 寝ている間に手足がぴくつく ・ 夜中に大声を出す
寝ている間に活動することがある ・ 夢が多くて困る ・ 息苦しくて何度も起きる
昼間に眠くなり起きていられなくなる ・ いびきがうるさい、呼吸が止まっているようだ (と言われる)

5 3の質問の症状で別の病院やクリニックを受診された事がありますか？

(○印をつけてください)

ない ・ ある・・・施設名：

現在通院中ですか？ はい ・ いいえ

過去に通院された方は、いつ頃ですか？ ()

病名は何と診断されましたか？

うつ ・ 不安障害 ・ 不眠症 ・ パニック障害 ・ 統合失調症

その他 ()

6 普段からお飲みなってる薬はありますか？

ない ・ ある・・・どんなお薬ですか？ ()

エプワース眠気尺度 (Epworth sleepiness Scale ; ESS)

お名前： _____ 年齢：() 歳 記入日 年 月 日

あなたの最近の生活の中で、次のような状況になると、眠くてうとうとしたり、眠ってしまうことがありますか？

下の数字でお答えください。(○で囲む)

質問のような状況になったことがなくても、その状況になればどうなるかを想像してください。

0 = 眠ってしまうことはない。

1 = 時に眠ってしまう。

2 = しばしば眠ってしまう。

3 = だいたいいつも眠ってしまう。

状況 (どんな時に、眠ってしまいますか?)	○で囲んでください			
1. 座 (すわ) って読書中	0	1	2	3
2. テレビを見ているとき	0	1	2	3
3. 人の大勢いる場所 (会議や劇場など) で座っているとき	0	1	2	3
4. 他の人の運転する車に、休憩なしで1時間以上乗っているとき	0	1	2	3
5. 午後に、横になって休憩をとっているとき	0	1	2	3
6. 座って人と話しているとき	0	1	2	3
7. 飲酒をせずに昼食後、静かに座っているとき	0	1	2	3
8. 自分で車を運転中に、渋滞や信号で数分間、止まっているとき	0	1	2	3

合計点：点 (0 ~ 10 11 ~ 15 16 ~ 24)