

睡眠時無呼吸症候群チェック表

お名前： _____

生年月日： _____

性別： _____

● 次のような症状がありますか？

	はい	いいえ
寝る前には酒を飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠薬を使用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いびきをかかと言われる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っているときに呼吸が止まると言われる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝ているときに息が苦しくて目が覚める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間の排尿回数が2回以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間の覚醒が3回以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝汗をかく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起きたとき熟睡感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起きたときに頭が重い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日中に眠気が強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車の運転中に眠気が強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全身のだるさを感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日中に集中力が続かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他： _____

● 次のような病気がありますか？

	はい	いいえ
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心房細動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他： _____