

睡眠外来 問診票

記入日 / /

受診される方のお名前

受診のきっかけ・お困りの症状

お分かりになる範囲でご記入ください。

$$[\quad]$$

以下のご質問にお答えください

気になる症状を当てはまるものすべてに☒チェックをつけてください

【不眠に関する症状】

- ☐夜、布団に入ってもなかなか眠れない
- ☐夜中に何度も目が覚める
- ☐眠れているのに熟睡感がない

【日中の眠気・体内時計に関する症状】

- ☐ 昼間に強い眠気があり、仕事・学業・運転などに支障がある
- ☐ 笑ったり驚いたりすると急に力が抜ける
- ☐ 朝なかなか起きられず、遅刻・欠席が多い
- ☐ 昼夜逆転の生活となっている

【睡眠中の呼吸・行動に関する症状】

- ☐ いびきが大きい、または「息が止まっている」と家族に指摘された
- ☐ 朝に頭痛がある・☐ が乾く・夜中に何度もトイレに起きる

【その他】

- ☐
- その他

具体的に

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right)$$

個人情報について

当院では、診療に必要な範囲で患者様の個人情報を院内関係職員間で共有することがあります。なお、個人情報は法令に基づき適切に管理いたします。

- ☐
- 同意します

署名または記名

ご記入ありがとうございました。

わからない点はスタッフまでお声かけください。