

問診票（睡眠時無呼吸症候群）

※当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理致します。

★裏面もご記入お願い致します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日（年齢）			
氏名	様		西暦	年	月	日 （満 歳）
住所	〒					
職業		電話				
同居人						

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

下記の質問にご回答をお願い致します。 ★書ききれない分は診察時にお伺いします。

●マイナ保険証による診療情報取得にご同意頂けますか？

同意する ・ 同意しない

●本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

紹介状なし ・ 紹介状あり（医療機関名 _____）

●現在、他の医療機関で治療中の病気があればご記入ください。★無呼吸症候群については裏に記載ございます。

通院なし ・ 通院あり（ありの場合は医療機関名・受診日・治療内容を下記にご記入ください）

医療機関名 _____ 受診日 _____

【治療内容】

- 甲状腺疾患 糖尿病 高血圧 脂質異常症 心疾患 脳梗塞・脳出血
 消化器疾患 腎疾患 泌尿器 精神疾患 不眠症 整形外科

その他（病名： _____）

●現在、処方されている薬はありますか？

処方なし ・ 処方あり（ありの場合は薬剤名・用量・投薬期間を下記にご記入ください）

（薬剤名 _____ 用量 _____ 投薬期間 _____）

★お薬手帳をご持参頂いた方はお預かりさせていただきます。

●これまでに大きな病気にかかった事がありますか？（入院や手術を要する病気など）

なし ・ あり（ありの場合は病名・時期・医療機関名・治療内容を下記にご記入ください）

（病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____ 内容 _____）

●この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）を受診しましたか？

受診なし ・ 受診あり（受診時期 _____ 指示事項 _____）

●これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

アレルギーなし アレルギーあり（原因物質 _____ 症状 _____）

●喫煙についてご記入ください。

喫煙歴なし 禁煙した（ _____ 歳頃） 現在喫煙あり（ _____ 日 _____ 本）

●飲酒についてご記入ください。

飲酒なし 飲酒あり（頻度 _____ 種類 _____）

●現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみご回答お願いします）

なし 妊娠中（妊娠周期 _____ 週） 授乳中（出産時期 _____）

●現在、月経はありますか？（女性のみご回答お願いします）

閉経した（ _____ 歳頃） 月経あり（月経不順なし ・ 月経不順あり）

●ご家族・親族（血縁者）に下記の病気の方はいますか？

肥満症 糖尿病 高血圧 脂質異常症 心臓病 脳血管疾患 がん

症状やご相談事に関してお伺いします

●無呼吸症候群と診断されていますか？

無呼吸症候群の診断は出ていない

無呼吸症候群と診断されている 発症時期： _____ 年 _____ 月（ _____ 歳頃）

現在治療を受けている 医療機関名： _____

治療を受けていない いつから： _____

中断理由： _____

●下記の症状がありますか？ また気になり始めた時期と経過（酷くなっているなど）を教えてください。

眠りが浅い イビキが気になる 睡眠中に呼吸が止まっていると指摘された事がある

くちが渴く 胸やけがする いつも眠い 集中力がない 倦怠感・疲労感

苦しくて夜目が覚める 夜トイレに何度も起きる 起床時に頭が痛い

症状が気になり始めた時期： _____

症状の経過： _____

●本日の受診で相談したい症状について上記以外の物があれば下記にご記入ください。

症状の内容： _____

発症時期： _____ 経過： _____

●当院を何でお知りになりましたか？（医療機関からご紹介でご来院した場合はご記入不要です）

インターネットの検索 紹介（紹介者のお名前： _____）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

ご記入ありがとうございました（あきら内科）