

 睡眠時無呼吸アンケート

ID: \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
名前: \_\_\_\_\_ ご職業: \_\_\_\_\_

1. 身長・体重を教えてください

身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)  
20才の頃の体重( \_\_\_\_\_ kg)

2. 女性の方にお聞きします。最終月経はいつですか( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

3. 「いびき」と「睡眠時無呼吸」についてお聞きします。

①毎晩のように「いびき」をかくようになったのはいつごろからですか？

( \_\_\_\_\_ ) 才ごろから  わからない  いびきはかかない

②呼吸が止まるのに気づかれたのは、いつごろからですか？

( \_\_\_\_\_ ) 才ごろから  わからない  呼吸は止まらない

③今までに「いびき」や「睡眠時無呼吸」の治療を受けたことがありますか？

ある  ない

「ある」と答えた方へ質問です。どのような治療でしたか？

のどの手術  扁桃腺の手術  鼻の手術  CPAP (シーパップ)

口腔内器具 (マウスピース)

その他( \_\_\_\_\_ )

いつごろですか？

( \_\_\_\_\_ )

どこの病院ですか？

( \_\_\_\_\_ )

効果はありましたか？

効果があった  効果がなかった  わからない

中止した(理由 \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )

4. 「睡眠」についてお聞きします。

①以下の項目に当てはまる睡眠時の症状に○をつけてください。(複数回答可)

寝つきが悪い ・夜中にしばしば目を覚ます ・眠りが浅く熟睡感が無い

朝早く目が覚めてしまい、その後眠れない

夜間トイレに起きる (約 \_\_\_\_\_ 回)

その他 ( )

②起きた時の調子はどうですか？

当てはまる症状に○をつけてください。(複数回答可)

目覚めが良くすっきりしている なかなか目が覚めない

ぐっすり眠った感じがしない 頭が重い、頭痛がする

「口」や「のど」が乾いている

その他 ( )

③睡眠時間を教えてください

( )時～( )時まで。

5. その他の睡眠障害についてお聞きします。

以下の症状に当てはまる物に○をつけてください。(複数回答可)

夕方から寝る前に脚がムズムズして動かしたくなることがある。

食事の最中に突然に寝てしまうことがある。

大笑いやすごく怒った時、興奮したときに、意識はあるのに体の力が抜けて数分くらい動けなくなったことがある。

寝ている時に昼間のような行動(本を読むふりや正座をする等)や寝言を言ったりすることがある。

金縛りにあったことがある。

恐怖感を伴う夢(悪夢)をよく見る。

寝入りばなに幻覚を見ることがある。

寝ている時に暴力をふるってしまうことがある。

寝ている最中に歩き回ることがある。

寝ている最中に物を食べていることがある。

寝ている最中にうめき声をあげることがある。

6. 生活習慣についてお聞きします。

①運動する習慣はありますか？

ある…週に( )時間 ない

②1日のうち座っている時間(仕事・食事・テレビを見ている時間など)

は何時間ありますか？

平均して1日( )時間くらい

7. ご家族の中に、次の項目に当てはまる方はいらっしゃいますか？

いびき 無呼吸 マウスピース使用中

CPAP 使用中 その他の治療を受けたことがある。

8. 身体疾患についてお聞きします。

①高血圧がありますか？

はい いいえ わからない

②心臓の病気がありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方は、どんな病気ですか？（複数回答可）

虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞など） 心不全 心房細動

その他（）

現在治療を受けていますか？

はい いいえ

③脳梗塞や脳出血になったことはありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方は現在治療を受けていますか？

はい いいえ

④肺の病気になったことはありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方はどんな病気ですか？

（）

現在治療を受けていますか？

はい いいえ

⑤糖尿病がありますか？

はい いいえ 疑いがある わからない

「ある」と答えた方は現在治療を受けていますか？

はい いいえ

⑥「鼻」や「のど」の病気がありますか？

はい いいえ

「はい」と答えた方はどんな病気ですか？

（）

現在治療を受けていますか？（複数回答可）

点鼻薬 噴霧薬 飲み薬 手術 治療はしていない

その他（）

9. 自動車の運転についてお聞きします。

①自動車は運転しますか？

はい いいえ

「はい」に○を付けた方は、仕事でも運転しますか？

はい いいえ

②居眠り事故を起こしたことはありますか？

はい いいえ

JESS™ (Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale)

ESS 日本語版

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいうとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか。最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。

以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。 (1～8の各項目で、○は1つだけ)  すべての項目にお答えしていただくことが大切です。 できる限りすべての項目にお答えください	うとうする可能性はほとんどない	うとうする可能性は少しある	うとうする可能性は半々くらい	うとうする可能性が高い
1) すわって何かを読んでいるとき (新聞・雑誌・本・書類など)	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	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 (飲酒なし)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

合計  点

質問は以上です。ありがとうございました。