

氏名

様

身長：

体重：

cm

Kg

質問に当てはまるものを○で囲み、()内をご記入ください。

1. 「ほとんど毎晩いびきをかき」と家族や周囲の人に言われる。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 2. 「睡眠中呼吸が止まる」と家族や周囲の人から言われる。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 3. しばしば、首を絞められたような窒息感で目が覚める。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 4. 寝汗をかきことが多い (はい ・ いいえ ・ 時々)

1~4の項目で(はい)と答えられた方、その状態はいつ頃からですか？

()

5. 夜中に2回以上、排尿に起きる。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 6. 寝相が悪い。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 7. 朝、目を覚ました時にスッキリしない(熟睡感がない) (はい ・ いいえ ・ 時々)
 8. 居眠り運転で、事故を起こした事がある。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 9. 日中眠気が強く、起きている事が辛い事がある。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 10. 身体がだるくて辛い。 (はい ・ いいえ ・ 時々)
 11. 肥満である。 (はい ・ いいえ)
 12. 血圧が高い。 (はい ・ いいえ)

血圧が高いで(はい)と答えられた方、お薬の内服はしていますか？

(いいえ ・ はい (薬名:))

13. 現在、通院治療をしている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい)と答えられた方、病名と薬を内服している場合は、お薬の名前を全て記入してください。

歳	病名	病院名	内服	薬の名前と飲み方
○歳	例) 高血圧・認知症・精神疾患など	○×クリニック	(ありなし)	○○○・朝・昼・夕・寝る前

※ 内服しているお薬がある場合は、お薬手帳を提出してください。

また数が多く書き入れない場合は、記入せずお薬手帳のみで結構です。

14. 入院したことはありますか？ (はい ・ いいえ)

いつから・いつまで(歳)	病名	病院名
H○年○月○日~○月○日まで		○○クリニック

15. 手術をした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

歳	病名	病院名
○歳	虫垂炎 など	○○クリニック

16. お身体で不自由なところがありますか？ (はい ・ いいえ)
 (はい)と答えられた方、日常生活は自立していますか？ (自立している ・ 一部介助 ・ 全介助)
 (一部介助 ・ 全介助)と答えられた方、日常生活で介助が必要なことは何ですか？

()

17. 現在、介護認定を受けていますか？

(はい (要支援 ・ 要介護) ・ いいえ)