

ID: _____

患者様情報

※ 患者様情報・問診票の情報につきましては、個人情報保護法に基づき管理します。

※ 当院では診察、その他に際し、患者様のお名前をお呼び致します。ご了承ください。

氏名 (カナ)

(漢字)

性別 男性 女性

生年月日 西暦 年 月 日 歳

現住所 〒

電話 (自宅)

(携帯)

E-Mail

- 健康診断について 毎年実施している (持参 あり・なし)
 近く受ける予定がある
 全くない

当院を何でお知りになりましたか

- 雑誌 新聞 テレビ 産業医 ホームページ 知人
 他の医療機関からの紹介 { }
 その他 { }

身長: _____ cm 体重: _____ kg 血圧: _____ / _____ 脈拍: _____

 20歳ごろと比べて体重の大きな増加がある

1 受診理由

- 日中の眠気 睡眠時無呼吸 無呼吸検査実施歴 (あり なし) いびき 不眠
- 夜間目が覚めることが多い (_____ 回) 起床時に口や喉が渇く 起床時の頭痛
- 夜間頻尿 (_____ 回) 寝入りに足がムズムズしたり、ほてったりすることがある
⇒ 症状をお持ちの方は専用の問診票がありますので、
受付にお声かけください
- 熟睡感の欠如

※ 経過・症状などなるべく詳しく、また気になることがありましたらご記入ください

2 現在の睡眠習慣

就寝時刻 _____ :

起床時刻 _____ :

平均睡眠時間 _____ 時間 ※ 休日の場合: _____ 時間

3 今まで、大きな病気・手術をしたことがありますか _____ はい・いいえ

⇒ はい、と答えた方は病名を具体的に記入してください

4 現在治療を受けている病気はありますか _____ 該当疾患を選択してください

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 うつ病 アレルギー性鼻炎・花粉症
- 高尿酸血症 心疾患・不整脈 脳血管疾患
- その他 なし

5 生活習慣

- 喫煙 _____ 本/日 仕事でよく運転をする
- 喫煙歴 _____ 年 シフト勤務者
- 過去に喫煙 (あり・なし) アレルギー(薬剤・食物・皮膚かぶれ)
- 飲酒頻度 (毎日・時々・飲まない)

