

6. 食べ物やお薬でアレルギー反応が出たことがありましたら、をつけてその品名もお書きください。
- 食べ物 ()
 お薬 ()
7. 今までにかかった病気について該当する疾患にをつけて下さい。
- 高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞
 アレルギー性鼻炎 気管支喘息 逆流性食道炎 癌
 精神疾患(病名:) その他(病名)
8. 喫煙について該当する項目にをつけて下さい。「以前吸っていた」方と「現在吸っている」方は喫煙状況も記載して下さい。
- 吸わない
 以前は吸っていた(歳から 歳まで、1日平均 本)
 現在吸っている(歳から1日平均 本)
9. 現在喫煙されている方は禁煙の意思について該当する項目にをつけて下さい。
- やめるつもりはない
 できればやめたい
 すぐにでもやめたい
10. 飲酒について該当する項目にをつけて下さい。飲酒される方は種類(該当するものにすべてをつけて下さい)と平均的な1回の飲酒量を記載して下さい。
- 飲まない
 週1-2日 週3-4日 週5-6日 毎日
 ビール(ml) ワイン(杯) 焼酎(杯)
 日本酒(合) ウィスキー(杯)
 その他(種類: 、 ml)
11. 現在の身長、体重を記載してください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg
12. 30歳以上の方にお尋ねします。20歳頃の体重は何kgぐらいでしたか。 約 _____ kg

13. 平日と休日の就床時刻と起床時刻は何時頃ですか。

平日：就床____時____分頃、起床____時____分頃

休日：就床____時____分頃、起床____時____分頃

14. 入眠に要する時間は何分ですか。 約____分

15. 夜間の中途覚醒時間はすべてあわせると何分ですか。 約____分

16. 夜間の平均的な排尿回数について該当する項目にをつけて下さい。

0回 1回 2回 3回以上

17. 睡眠中の歯ぎしりはありますか。該当する項目にをつけて下さい。

ない

ある ⇒歯ぎしり防止用マウスピースを使用されていますか？ はい いいえ

18. 脚の不快感（むずむずする、虫が這う、ほてる等）についてお尋ねします。

該当する項目にをつけて下さい。

A. 脚に不快感や違和感があり、じっとしていられず脚を動かしたくなる。

ない ある

B. その不快感や脚を動かしたい欲求は座ったり、横になったりするなど安静にしているときに起こる、あるいは悪化する。

ない ある

C. その不快感や脚の動かしたい欲求は、歩いたり脚を動かしたりすることで改善する。

ない ある

D. その不快感や脚を動かしたくなる欲求は、日中より夕方や夜間に強くなる。

ない ある

☞裏面に続きます。

19. もし、以下の状況になったら、どのくらいとうとする（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、該当する回答に☑をつけて下さい。

	ほとんど眠らない	少し	半分	多く
1) すわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) すわってテレビを見ているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 午後に横になって、休息をとっているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) すわって人と話をしているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 昼食をとった後（飲酒なし）、静かにすわっているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.どのようにして井上病院睡眠センターを知りましたか。当てはまる項目すべてに☑をつけて下さい。

- 他の医療機関よりの紹介 ホームページ パンフレット
 家族の勧め 学校の先生や会社の上司・同僚の勧め

20.かかりつけ医・かかりつけ歯科はありますか。当てはまる項目に☑をつけて、「ある」場合は医療機関名を記入して下さい。

- ない
 ある

医療機関名 _____

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。