

・睡眠検査を希望される方へ **保育園・幼稚園～中学生用アンケート**

あらかじめ体の状態を把握し、適切な検査・診断・治療を行うために、以下の質問事項にお答えいただきますようお願いいたします。

社会医療法人 春回会  
井上病院 睡眠センター

記載日 20 年 月 日

【患者様情報】

ID: \_\_\_\_\_

氏名 (カナ) \_\_\_\_\_

(漢字) \_\_\_\_\_

性別 男性 女性

生年月日 西暦 年 月 日 歳

保育園・幼稚園・小学校 年生・中学校 年生

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_

(保護者携帯) \_\_\_\_\_



①どのようにして当院の睡眠検査を知りましたか？

- 他の医療機関からの紹介（ \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ Dr.）
- ホームページ
- パンフレット
- 学校の勧め
- 家族の勧め
- そのほか（ \_\_\_\_\_ ）

②かかりつけの病院（医院，クリニックなど）・歯科はどこですか？

なし

あり 病院名 \_\_\_\_\_ 内服（有・無） \_\_\_\_\_

③今までにかかったことがある病気や治療中の病気はありますか？（入院や手術も含む）

なし

あり ありの方は詳細について教えてください。

④普段の睡眠についてお伺いします

・平日は \_\_\_\_\_ 時就寝 \_\_\_\_\_ 時起床

・休日は \_\_\_\_\_ 時就寝 \_\_\_\_\_ 時起床

⑤身体所見 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

⑥お子様の過去 4 週間の状態をお答えください (OSA-18 アンケート)

睡眠状態 (S)

- S-1 大きないびきをかいていましたか？ 【           】  
S-2 夜中に息をこらえたり、息が止まったりしていませんか？ 【           】  
S-3 寝ている間にのどに物を詰まらせたような音をさせたり、あえいでいましたか？ 【           】  
S-4 頻繁に寝返りを打ったり、たびたび夜中に目を覚ましたりしていませんか？ 【           】

身体状態 (P)

- P-1 息が詰まるせいで口をあけて息をしていましたか？ 【           】  
P-2 たびたび風邪をひいたりしましたか？ 【           】  
P-3 鼻水は出ていましたか？ 【           】  
P-4 食べ物が飲み込みづらそうでしたか？ 【           】

情緒 (E)

- E-1 感情的に不安定でしたか？ 【           】  
E-2 攻撃的であったり、はしゃぎすぎたりしていませんか？ 【           】  
E-3 反抗的でしたか？ 【           】

日中の状態 (D)

- D-1 昼間にひどく眠たそうでしたか？【           】  
D-2 集中力に欠けたり、集中できる時間が短かったりしましたか？ 【           】  
D-3 朝起きる時にぐずったりしていませんか？ 【           】

保護者の観点 (C)

- C-1 お子様の健康状態に不安を抱きましたか？ 【           】  
C-2 お子様十分に息をしていないのではないかと思われましたか？ 【           】  
C-3 あなたの日常生活に支障をきたしましたか？ 【           】  
C-4 あなたをイライラさせましたか？ 【           】

| 評価方法 (点) |          |
|----------|----------|
| 1        | なかった     |
| 2        | ほとんどなかった |
| 3        | ときどきあった  |
| 4        | よくあった    |
| 5        | 結構あった    |
| 6        | 大分あった    |
| 7        | いつもあった   |



ご協力ありがとうございました。