

I. いびき・ブラキシズム・無呼吸症 問診票

ID _____ 氏名 _____ 実施日： R 年 月 日 (IDは担当医が記入)

※下記の当てはまる項目に○をしてください

1) よく昼寝をしますか？昼寝の後はすっきりしますか？ はい・いいえ

すっきりする・すっきりしない

2) アルコール類をお飲みになりますか？ ほぼ毎日・週3-4回・週1-2回・飲まない

3) 寝る前にアルコールは飲みますか？ はい・いいえ

4) 寝つきが悪いと感じますか？ はい・いいえ

5) 睡眠の途中でよく目が覚めますか？ はい・いいえ

6) 尿意で睡眠中に何回くらい起きますか？ 0回・1-2回・3-4回・5-6回

7) 寝ている時に息が止まったり、いびきが途切れると言われた事はありますか？ はい・いいえ

8) 目が覚めた時に、よく口の中が乾く事がありますか？ はい・いいえ

9) 朝起きた時に頭痛。片頭痛がありますか？ はい・いいえ

10) まだ眠っていないのに夢を見る感覚はありますか？ はい・いいえ

11) 喜んだり、怒ったりした時に、急に力が抜けてしまう事はありますか？ はい・いいえ

12) 眠っている時に体がしびれたり動けなくなる（金縛り）がありますか？ はい・いいえ

13) 寝ている時に歯ぎしりがあると言われますか？ はい・いいえ

14) 悪夢を見たり寝ぼけると言われた事がありますか？ はい・いいえ

15) 眠気があり運転中に事故を起こしそうになったり、起こしたことはありますか？ はい・いいえ

16) 現在、過去において該当する疾患はありますか？

呼吸器疾患 アレルギー性鼻炎 花粉症 甲状腺機能低下 高脂血症 扁桃肥大 アデノイド

その他(_____)

17) 「鼻づまり」 やのどの病気がありますか？ あり (病名： _____) • なし

18) 17) で、「あり」と答えた方にお聞きします。何か治療を受けていますか？

点鼻薬 噴霧薬 飲み薬 手術 その他 治療は受けていない

19) 鼻・のど・口の手術を受けたことがありますか？

あり → どんな手術ですか？ (_____) • なし

20) 歯列矯正をしたことはありますか？ はい • いいえ

21) 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ kg/m²

22) 体重に変動がありましたか？

増加した (kg/ 年) • 減少した (kg/ 年) • 変化なし

23) 喫煙歴はどれくらいですか？

現在あり (平均 本/日を 年間) • 過去あり (平均 本/日を 年間) • なし

24) CPAP を使用していますか？

はい (使用開始時期： 年 月～) • いいえ • 以前使用していた

25) 今までにいびき・無呼吸用のマウスピースを作ったことがありますか？

はい (使用開始時期： 年 月～) • いいえ • 以前使用していた

26) 女性の方のみにお聞きします。閉経を迎えるましたか？

はい (時期： 歳頃) • いいえ

以上、ご協力ありがとうございました。

II. 眠気の点数表

(Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale : エプワース眠気尺度日本語版)

ID _____ 氏名 _____ 実施日： R 年 月 日 (ID は担当医が記入)

下記に示すような場面で、眠くなったり、実際に眠ってしまうことがありますか

* 最近の平均的な状態をお答えください。

* 質問項目の中には、あなたが実際にはなさらない事が含まれているかもしれません、仮にそうした場面にいたらどうなるかを考えてご記入ください。

* あなたの状態にもっとも近いと思われる番号に、○印をつけて下さい。

眠くなることは無い ときどき眠くなる よく眠くなる だいたいいつも眠くなる

1. 座って読書をしている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

(新聞、雑誌、本、書類など)

2. テレビを見ている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

3. 人の大勢いるところで座っている時...

1	2	3	4
---	---	---	---

(例えば、会議中や映画館、劇場などで)

4. 他人の人が運転する車に同乗している時...

1	2	3	4
---	---	---	---

5. 午後、横になっている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

6. 座って人と話をしている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

7. 昼食後、静かに座っている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

(飲酒はしていないものとします。)

8. 座って手紙や書類などを書いている時.....

1	2	3	4
---	---	---	---

合計点： 点

以上、ご協力ありがとうございました。

<眠気の診断症状>

11点以下：軽度

15点以下：中度

16点以上：重度

III. PSQI : Pittsburg Sleep Quality Index

ID _____ 氏名 _____ 実施日： R 年 月 日 (ID は担当医が記入)

<実施方法>

以下は過去1ヶ月間における睡眠習慣についての質問です。

過去1ヶ月間で多くの日に最もあてはまる答えを選んで下さい。

全ての質問に答えてください。

- | | |
|--|----|
| 1. 過去1ヶ月間、何時頃に就寝しましたか (24時間表記) | 時 |
| 2. 過去1ヶ月間、寝に入るまでどのくらいの時間(分)がかかりましたか | 分 |
| 3. 過去1ヶ月間、いつも何時頃に起きましたか | 時 |
| 4. 過去1ヶ月間、1晩あたりの睡眠時間(ベットに入っていた時間とは違います)は何時間ですか | 時間 |

以下の質問については、最もよくあう答えを1つ選んで下さい。全ての質問に答えてください。

5. 過去1ヶ月間で、以下の理由で睡眠が妨げられた回数を選んで下さい

	なし	週に1回以下	週に1~2回	週に3回以上
(a) 30分以内に眠入ることができなかった.....	1	2	3	4
(b) 夜中または早朝に目が覚めた.....	1	2	3	4
(c) トイレに行くために起きた.....	1	2	3	4
(d) 息苦しい.....	1	2	3	4
(e) 咳や大きいびき.....	1	2	3	4
(f) 寒すぎる.....	1	2	3	4
(g) 暑すぎる.....	1	2	3	4
(h) 悪い夢をみた.....	1	2	3	4
(i) 痛みがある.....	1	2	3	4
(j) その他の理由.....	1	2	3	4
()				

6. 過去1ヶ月間の睡眠の質はどうでしたか

1. とてもよい 2. だいたいよい 3. あまりよくない 4. とてもわるい

7. 過去1ヶ月間、睡眠しやすくするための薬を飲みましたか。

1. 1回もない 2. 週に1回以下 3. 週に1~2回 4. 週に3回以上

8. 過去1ヶ月間、車の運転、食事または社会的活動の最中に起きていることが困難になりましたか

1. 1回もない 2. 週に1回以下 3. 週に1~2回 4. 週に3回以上

9. 過去1ヶ月間、何か物事をやる際に集中力を持続させることに対して問題がありましたか

1. 問題ない 2. ほんの少し問題あり 3. いくらか問題あり 4. かなり問題あり

(次のページに続きます)

10. ベットパートナーまたはルームメイトはいますか

1. どちらもいない
2. パートナーまたはルームメイトが違う部屋にいる
3. 同じ部屋にパートナーがいるが、ベットはちがう
4. 同じベットにパートナーがいる

※ルームメイトまたはベットパートナーいる場合、その人に過去1ヶ月間に何回くらい以下のことがあつたか聞いてください

	1回もない	週に1回以下	週に1~2回	週に3回以上
(a) 大きないびき	1	2	3	4
(b) 睡眠時に呼吸が長く止まる	1	2	3	4
(c) 足をねじり、挙げたりする	1	2	3	4
(d) 睡眠中に失見当または錯乱することがあつた	1	2	3	4
(e)その他.....	1	2	3	4
()				

IV. The Berlin Questionnaire

ID _____ 氏名 _____ 実施日： R 年 月 日 (ID は担当医が記入)

以下の質問に対して該当するものに○を付けて下さい。

1) いびきをかきますか？

はい・いいえ

2) いびきの程度は？

呼吸をしているくらい・話し声くらい・話し声より大きい・大変うるさい

3) どのくらいいびきをかきますか？

ほぼ毎日・3-4回/週・-2回/週・1-2回/月・ほとんどない

4) いびきで他の人に迷惑かけることがありますか？

はい・いいえ

5) 呼吸が止まることを指摘されますか？

ほぼ毎日・3-4回/週・1-2回/週・1-2回/月・ほとんどない

6) 起きた時（睡眠後）に疲れが残りますか？

ほぼ毎日・3-4回/週・1-2回/週・1-2回/月・ほとんどない

7) 起きている時でも疲れを感じていますか？

ほぼ毎日・3-4回/週・1-2回/週・1-2回/月・ほとんどない

8) 運転中にうとうと寝てしまったことがありますか？

はい・いいえ

9) 高血圧と言わされた事がありますか？

はい・いいえ・わからない

以上、ご協力ありがとうございました。