

いびきチェックリスト

No. _____

氏名 _____ 職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

職業運転手又は類似の職種ですか → 無呼吸の場合大学病院での治療の可能性あり

鼻づまりはありますか? → 鼻閉改善の手術で改善の可能性あり

.....
 いびきが大きいと言われたことがありますか?

呼吸が止まっていると言われたことがありますか?

昼間に意図せず眠ったことがありますか?

昼間の眠気はありますか?

熟睡感がないことはありますか?

日中の倦怠感はありますか?

不眠はありますか?

呼吸停止、またはあえぎ、または窒息感による目覚めはありますか?

→ で睡眠時無呼吸の可能性あり ICSD2

.....
 鼻やのどの手術をしたことはありますか?

睡眠時無呼吸の検査をしたことはありますか? (自宅 or 入院) (軽・中・重症)

CPAP をしていますか、または以前したことがありますか?

マウスピース、歯科インプラント手術をしたことはありますか?

(いつ頃?)

向精神薬や抗うつ薬服用の経験はありますか? (薬名)

お酒は毎週飲みますか? (回/週) (量)

.....
 本人や家族を含めて、手術・麻酔 (歯科含む) で体調低下やショックを起こしたことはありますか? (全身麻酔・局所麻酔) (手術名)

血が止まりにくくなる薬を飲んでいませんか? (薬名)

手術により体内に異物はありますか? (器材名)

<これから行う検査の流れ>

初診の検査として、まず顔面の構造を精査するためにレントゲン検査と、鼻の機能検査である鼻腔通期度検査を行います。妊娠の可能性がある方や、どうしてもこれらの検査を希望しない場合は、事前に申し出て下さい。尚、これらの検査が行われな
い場合は、状態の十分な把握ができず、診察に支障が出る場合がございますので、ご注意下さい。