

③いびきチェックリスト

No. _____

氏名 _____

以下を（ はい・いいえ ）でお答えください

- 職業運転手ですか （ はい・いいえ ）
- 鼻づまりはありますか？ （ はい・いいえ ） → 鼻閉改善の手術で改善の可能性あり
-
- 習慣的にいびきがあると言われる （ はい・いいえ ）
- 呼吸が止まっていると言われたことがある （ はい・いいえ ）
- 昼間の眠気がある （ はい・いいえ ）
- 熟睡感がない （ はい・いいえ ）
- 日中の疲れがある （ はい・いいえ ）
- 不眠がある （ はい・いいえ ）
- 呼吸停止、またはあえぎ、または窒息感による目覚めがある （ はい・いいえ ）
- 以下の病気にかかっている（○してください）
 - 高血圧 2型糖尿病 心房細動 うっ血性心不全
 - 脳血管障害 冠動脈疾患 認知機能障害 気分障害
-
- 鼻やのどの手術をしたことはありますか？ （ はい・いいえ ）
- 睡眠時無呼吸の検査をしたことはありますか？（ はい・いいえ ）（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？（ はい・いいえ ）
- 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？（ はい・いいえ ）
（いつ頃？ _____）
- 向精神薬や抗うつ薬服用の経験はありますか？（ はい・いいえ ）（薬名 _____）
- お酒は毎週飲みますか？（ はい・いいえ ）（ _____ 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？
（ はい・いいえ ）（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？（ はい・いいえ ）（薬名 _____）
- 手術により体内に異物はありますか？（ はい・いいえ ）（器材名 _____）

④記入漏れがあった場合は診察が受けられない事もございます