



初診問診票

記入日: 年 月 日

※ID: _____
(※当院で記入します)

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日 ____ 歳

※女性の方に伺います。現在、妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか? ある(____ヶ月目)・ない
(胎児の発育・妊娠継続に影響を与える医薬品、妊婦への処方禁止薬があるため、確認させて頂いております)

1. お困りの症状に○をつけてください。また、一番困っている症状は◎をつけてください。

- ・ いびき、無呼吸 ・ 日中の強い眠気 ・ 朝起きられない
- ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目覚めてしまう ・ 早めに目覚めてしまう
- ・ 金縛り ・ 悪夢 ・ 寝ぼけ、寝言
- ・ 勝手に体が動く ・ 足や手の不快感で眠れない ・ 手足のピクつき
- ・ 歯ぎしり ・ 食いしばり ・ 寝ぼけ食い、夜間の間食
- ・ 不安感、抑うつ感 ・ 意欲・気力が出ない ・ 緊張しやすい
- ・ その他(具体的に: _____)

2. 通院を要する病気、大怪我をされましたか? ある場合、何歳頃に治療を受け始めましたか?

(例: 高血圧、50歳から)

[_____]

3. アレルギーをお持ちですか? (例: 青魚、抗生剤 など)

無し 有り(内容: _____)

4. 現在、定期的に服用しているお薬はありますか? ある・ない

※お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちの方は、下の「薬の内容」欄に記載は不要です。

薬の内容

[_____]

5. 毎日、だいたい何時に寝て、何時に起きますか?

平日: 午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に寝て、午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に起きる

休日: 午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に寝て、午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に起きる

6. お仕事、学校等は、だいたい何時に始まり、何時に終わりますか? (職業: _____)

午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に始まり、午前・午後 ____ 時 ____ 分頃に終わる

そのお仕事は、交代勤務ですか? はい ・ いいえ

※交代勤務の方は、どのような勤務体系か、下記にお書きください:

[_____]

裏面にも記入ください

7. 通勤・登校に、片道どのくらい時間がかかりますか？

(電車・バス・徒歩・自家用車・自転車)で、およそ 時間 分

8. たばこやお酒はどのくらいの頻度でたしなみますか？

・たばこ 吸わない 吸う(1日 本くらい)
・お酒 飲まない 飲む(何を、どのくらい、週に 日程度)
例(ビール、 350ml、 5 日程度)

9. 当院受診のきっかけは？

- インターネットのホームページ かかりつけ医からの紹介 友人・家族からの紹介
 新聞・雑誌 テレビ その他()
 睡眠総合ケアクリニック代々木・スリープ&ストレスクリニック からの紹介

※当院を紹介した、以下の医療機関紹介サイトをご覧になりましたか？

- ドクターズファイル 港区ドクターズ 病院検索ホスピタ 病院なび フェイスブック
 お医者さんガイド SCUEL QLife 医療ガイド
 その他()

10. 当院で行った検査の結果や治療効果について、個人が特定されないよう匿名化したのち、学術的目的で学会等で発表することがあります(例:「当院で「不眠」の治療を受けた〇〇人のうち、〇〇%が A 薬にて改善、〇〇%が B 薬にて改善した」など)。検査結果や治療効果に関する集計データとして利用することにご協力頂ける場合は、下記設問の「はい」の□に“レ”をご記入ください。なお、学術的使用へのご協力は任意であり、研究協力への有無が診療に影響することはありません。

学術的使用を許可します はい いいえ

以上です。