

【睡眠時無呼吸症候群 問診票】

1. 昼間の眠気はありますか？

はい ・ いいえ

2. 起床時に頭がスッキリしない、頭痛がある、ボーッとしている感覚があるというような自覚症状はありますか？

はい ・ いいえ

3. ご家族やご友人から「睡眠中に呼吸が止まっている」と言われたことはありますか？

はい ・ いいえ

4. 睡眠薬を服用していますか？

はい ・ いいえ

5. 飲酒はしていますか？

はい(週 日) ・ いいえ

6. 健康診断はされましたか？

はい(年 月頃) ・ いいえ