

# 睡眠時無呼吸症候群検診 申込書

申し込み日：平成 年 月 日

東京天使病院 健康管理センター 宛

私は（申し込み者）は以下の同意事項に同意の上検査を申し込み致します。

ふりがな 法人名	
ふりがな 申込者氏名	
ふりがな 検査者氏名	
ふりがな 住所	〒
連絡先	電話
	E-mail @
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (満 才)
お支払い方法	口座振り込み
当院 SAS 検診の情報をどこでお知りになりましたか？以下の中からお選びください。 a.当院 HP b.紹介 ( ) c.その他 ( )	

口座お振込み先は、後日ご郵送にてご連絡いたします。

**同意事項**  私は下記同意事項に同意いたします

- 「個人情報の保護に関する法律」に従い、受診者様の個人情報の適切な取得・保管・利用および提供を行うとともに、特定された利用目的を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。利用目的を超える場合は、法令等の定める場合を除き、本人の同意を得ることとします。
- 検査機器（パルスオキシメーター）は精密医療機器のため、お取り扱いには十分ご注意ください。破損、紛失などが発生した場合は、速やかに東京天使病院 健康管理センターへご連絡ください。また破損、紛失に相当する賠償請求を行うことがございます。
- 貸し出し機器の返却を連絡なく遅延する場合は延滞料（1日5,000円）を請求いたします。

東京天使病院 健康管理センター

TEL 042-651-5671 FAX 042-651-0723

〒193-0811 東京都八王子市上巻分方町50-1

# 問診票 [睡眠時無呼吸検診]

【ご記入日】 年 月 日

フリガナ  
【氏名】 【生年月日】 年 月 日

## 眠気チェック (ESS)

もし以下の状況になったとしたら、どのくらいとうとする（数秒～数分眠ってしまう）と思いますか？最近の日常を思い浮かべてお答え下さい。実際に以下の状況がなくても、その状況になればどうなるか想像してお答えください。

右記を参考にして、各設  
問 0-3 でお答えください

- 0 うとうとする可能性はほとんどない
- 1 うとうとする可能性は少しある
- 2 うとうとする可能性は半々くらい
- 3 うとうとする可能性が高い

状況	点数
① 座って何かを読んでいる時（新聞・雑誌・書籍など）	0 1 2 3
② 座ってテレビを見ている時	0 1 2 3
③ 会議、映画館、劇場などで静かに座っている時	0 1 2 3
④ 乗客として1時間続けて車に乗っている時	0 1 2 3
⑤ 午後に横になって休息している時	0 1 2 3
⑥ 座って人と話している時	0 1 2 3
⑦ 昼食をとった後（飲酒なし）静かに座っている時	0 1 2 3
⑧ 座って手紙や書類を書いている時	0 1 2 3
合計点	点

以下の設問にお答えください。あてはまる数字に○をご記入ください。

- いびきの指摘はありますか ①はい ②いいえ
- 息が止まっているとの指摘はありますか ①はい ②いいえ
- 昼間に耐えがたい眠気を感じますか ①はい ②いいえ
- 夜間睡眠中に、何度もトイレに行きますか ①はい ②いいえ
4. で「①はい」とお答えいただいた方に質問です。一晩で何回位トイレにいきますか  
( ) 回
- 起床時に頭痛はありますか ①はい ②いいえ
- 現在の身長 cm 体重 kg

## 生活習慣についてお聞きします。

- 就寝時間は何時ですか ( 時 分頃)
- 起床時間は何時ですか ( 時 分頃)
- お酒は飲みますか ①はい ②いいえ  
「①はい」の方はお答えください。頻度はどの程度ですか。  
①毎日 ②週5日 ③週3-4日 ④週2-3日 ⑤週1日以下
- タバコは吸いますか ①はい ②いいえ  
「①はい」の方はお答えください。  
①0-10本 ②11-20本 ③21-40本 ④40本以上 ⑤止めた ( 年間平均 本)
- 運動習慣はありますか (30分程度の運動/週2.3回程度) ①はい ②いいえ
- 食事は3食規則正しく食べていますか ①はい ②いいえ

既往歴 [ ・高血圧 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心房細動 ・糖尿病 ・脳梗塞  
・その他 ( ) ]

常用薬 [ ]

以上で終わります。