

# 睡眠問診票

初診・再診

来院日 令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
氏名		女	明 大 昭 平	年 月 日	歳
ふりがな				ご連絡先	
住所	〒				自宅 ( ) 携帯 ( )
当院を何で知りましたか？	紹介・HP・看板・しんきゅうコンパス・チラシ・その他 ※上記に○をしてください。(ご紹介者様 )				

① どんな症状ですか？(下記に○をしてください。複数可)

日中の眠気、ぐっすり眠れない、疲れが取れない、集中力が続かない、睡眠時の無呼吸、  
仕事の質が低下している、日中にいつでも眠れる、いびき、歯ぎしり、食いしばり、倦怠感、  
寝付けない、夜間に目が覚める、早朝に目が覚める、睡眠が足りてない、不安感、イライラ感、無気力感、  
朝起きられない、足がむずむずする、夜間の頻尿、起床時口が乾く、その他 ( )

② 症状はいつからですか？ 眠気はいつが一番つらいですか？  
( ) ( 朝 昼 夕 夜 なし )

③ 原因は何ですか？(考えられる理由をご記入ください) ④病院で以下の検査はしましたか？

--

睡眠時無呼吸症候群：してない・した
MRI：してない・した
CT：してない・した
血液検査：してない・した
超音波検査：してない・した

⑤ 現在の睡眠習慣は？

平均就寝時刻 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 平均睡眠時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 早朝に目が覚める \_\_\_\_\_ 回  
平均起床時刻 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 休日の場合 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 夜に目が覚める \_\_\_\_\_ 回  
昼寝時間 \_\_\_\_\_ 分 or 時間

⑥ 現在治療中、または過去に罹った病気はありますか？下記に○をしてください。

ない ・ ある (肝炎 エイズ 感染症 がん 心臓疾患 糖尿病 脳疾患 高血圧 甲状腺 )  
(うつ病 難病 花粉症 アレルギー性鼻炎 金属アレルギー )  
その他 (病名 )

⑦ 過去に手術歴、外傷歴(怪我、交通事故、労働事故)はありますか？

ない ・ ある (手術部位 )  
(外傷部位 ) ※裏面もご記入ください

裏面

- ⑧ かかりつけの医師はいますか？ いない ・ いる (病院名&医師名 )  
現在飲んでいるお薬はありますか？ ない ・ ある (薬名 )  
病院には掛かりましたか？ ない ・ ある (睡眠外来 神経内科 呼吸器科 内科 心療内科 その他 )  
はり治療の経験はありますか？ ない ・ ある (いつ頃うけましたか？ )  
睡眠治療の経験はありますか？ ない ・ ある (シーパップ 薬 手術 光照射 ヘッドスパ その他)
- ⑨ 生活習慣について教えてください (1~2週間の平均で当てはまるものに○をしてください。複数可)  
お酒は飲みますか？ (飲まない・飲む・1日 本 or リットル・週 本 or リットル)  
タバコは吸いますか？ (吸わない・やめた・吸う・1日 本 or 箱)  
1日の食事回数と朝食はとりますか？ 3食・2食・1食・朝食食べない・朝食食べる  
夕食の時間帯は？ 18時・19時・20時・21時・22時以降  
カフェインをとりますか？ とらない・とる・1日 杯・コーヒー・紅茶・緑茶・栄養ドリンク・その他  
生活リズムはいかがですか？ 規則正しい ・ 不規則 (原因は？ )  
寝室に朝日は入ってきますか？目覚まし時計は使っていますか？ 入る・入らない 使用・使用しない  
日中によく日光 (1時間以上) を浴びますか？ 室外が多い・室内が多い・どちらとも言えない  
趣味はありますか？ ない ・ ある (具体的に： )  
スポーツや運動はしていますか？ していない ・ している (具体的に： )  
スポーツや運動する時間帯は？ 午前・日中 (12~15) ・夕方 (15~18) ・夜 (18~22) ・深夜 (22~)  
枕はしていますか？ していない ・ している (起床時枕は頭の下にありますか？ ある・ない)  
スマホ・PC・TV・ゲームを寝る前によく使いますか？ 使わない ・ 使う (何時頃まで？ 時頃)  
入浴はしますか？ 入らない・入る・毎日・数日おき・シャワーのみ・湯船につかる・夜入る・朝入る
- ⑩ 仕事について教えてください。下記に○をしてください。  
お仕事はしていますか？ していない ・ している ・ 専業主婦 ・ 学生 ・ 幼児 ・ その他  
職業は？ (職業名： )  
仕事内容は？ 肉体労働 ・ デスクワーク ・ 夜間勤務あり ・ 早朝勤務あり ・ その他  
仕事でよくする姿勢、動作はありますか？ 特になし・座位・立位・中腰・反復動作・車の運転・その他
- ⑪ 当院からお知らせはがきなど、ご連絡する場合がありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ  
当院は研修生がいますが治療見学をさせてもらってよろしいですか？ はい ・ いいえ  
当院の技術向上の為、動画撮影をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ  
スタッフ間で同じ治療をするため写真撮影をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい ・ いいえ
- ⑫ 治療についてご希望を聞かせてください。当てはまる内容に○をつけてください。(複数選択可)
- お試しでうけにきた・施術中に眠りたい・リラックスしたい・睡眠をしっかり改善したい  
治療費は安いほうが良い・治療費のことは気にしていない・最善策の治療費ならいい  
はり治療希望・ほぐし治療希望・生活習慣指導希望・寝具指導希望 (枕・マットレス)  
セルフケア指導希望・睡眠相談希望・効果があれば通院したい・改善するまで通院したい  
治療計画に沿って通院したい・自分のペースで通院したい・改善後も定期的に通院したい  
男性鍼灸師希望・女性鍼灸師希望・わからないので相談したい

※上記項目は症状を改善するため、近隣医療機関と連携するためにすべて必要な項目になります。  
言葉で表現するのが難しい場合は問診時に細かく伺いますが、できるだけすべての項目をご記入ください。  
※上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。