

睡眠歯科用 初診時間診票

(睡眠時無呼吸症候群用マウスピース作製)

【基本情報】

氏名（ふりがな）：

生年月日（年齢）：

性別： ☐ 男 ☐ 女

紹介元医療機関：

紹介医名：

【主訴】

今回の受診目的:

☐ いびきがひどい

□ 睡眠時無呼吸を指摘された

☐ 日中の眠気が強い

☐ その他 ()

【医科での診断について】

睡眠時無呼吸症候群（SAS）の診断を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

検査を受けた医療機関名：

診断方法： ☐ 簡易検査 ☐ PSG（終夜睡眠ポリグラフ検査）

AHI (無呼吸低呼吸指數) : /時間

診断された SAS の重症度： ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度

CPAP を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ

その他の治療歴：

【既往歴・生活習慣】

持病（現在治療中の病気）：

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 脳血管疾患 ☐ その他 ()

喫煙： ☐ 吸っている（本/日） ☐ 吸っていない

飲酒： ☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 飲まない

身長： cm 体重： kg

BMI : (歯科医院で計算)

【齒科的情報】

義歯使用： ☐ はい ☐ いいえ

顎関節の痛みや違和感： ☐ あり ☐ なし

歯ぎしりや食いしばり： ☐ あり ☐ なし

口呼吸の傾向： ☐ はい ☐ いいえ

鼻詰まりの有無： ☐ 常に ☐ 時々 ☐ なし

口腔内の違和感、装置への不安等あればご記入ください：

【Epworth Sleepiness Scale (ESS)】

以下の各状況で、どれくらい眠くなる（うとうとしてしまう）可能性がありますか？
最近の日常生活を思い出しながら、最もあてはまる番号に○をつけてください。

状況	0（なし）	1（わずかにある）	2（ときどき）	3（高頻度）
1. 座って読書しているとき	☐	☐	☐	☐
2. テレビを見ているとき	☐	☐	☐	☐
3. 会議や映画館などで座っているとき	☐	☐	☐	☐
4. 乗客として1時間以上車に乗っているとき	☐	☐	☐	☐
5. 午後に横になって休憩しているとき	☐	☐	☐	☐
6. 誰かと話しているとき	☐	☐	☐	☐
7. 昼食後（飲酒なし）静かに座っているとき	☐	☐	☐	☐
8. 車を運転中に渋滞などで数分停止しているとき	☐	☐	☐	☐

合計点（0～24 点）： 点
－ 10 点以上：日中の過度な眠気の可能性あり

【その他】

マウスピースに対するご希望・不安・質問があればご記入ください：

☒ 署名欄

本問診票の内容は正確に記入しました

署名：

記入日： 年 月 日