

いびき、睡眠時無呼吸で耳鼻咽喉科を受診される患者様に

診察前に下記の記入をよろしくお願いします。

お名前 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日 (_____ 歳)

身長、体重 _____ cm _____ kg

いびきは何歳頃からですか? _____ 歳頃

いびきは毎日ですか?時々ですか? _____ 毎日 _____ 時々

睡眠時無呼吸はありますか? _____ 有 _____ 無

ある方は何歳頃からですか? _____ 歳頃

口呼吸はありますか? _____ 有 _____ 無

いつも鼻閉がありますか? _____ 有 _____ 無

1回の食事の時間はどのくらいですか? _____ 分

食べ物の飲み込みはどうですか? _____

睡眠時間は? _____ 時間

夜尿(おねしょ)はありますか? _____ 有 _____ 無

漏斗胸(胸が凹んでいる)はありますか? _____ 有 _____ 無

日中傾眠(昼間眠そうにしている)はありますか? _____ 有 _____ 無

扁桃腺炎は起こしたことがありますか? _____ 有 _____ 無

ある方は1年間に何回、熱は何度くらい出ましたか? _____ 回 _____ °C以上

寝方はどうですか? _____

現在、治療中の病気はありますか? _____ 有 (_____) _____ 無

現在、内服している薬はありますか? _____ 有 (_____) _____ 無

食べ物のアレルギーはありますか? _____ 有 (_____) _____ 無

薬のアレルギーはありますか? _____ 有 (_____) _____ 無

アトピーはありますか? _____ 有 (_____) _____ 無