睡眠呼吸障害スクリーニング検査　問診票

一般財団法人運輸・交通SAS対策支援センター　49627

検査　次郎　様　　機器番号 2000

a 2 1 0 2 0 0 0 0 4 9 6 2 7 a

一般財団法人
運輸・交通SAS対策支援センター
SAS SUPPORT CENTER
TEL：03-3359-9010　FAX：03-3356-5454

検査判定に必要となりますので
下記事項へ記載をお願いします

1. 検査日の健康状態について

（該当箇所に〇もしくは数を記入してください）

性別　男　・　女	年齢　（　　）歳
生年月日　西暦　　年　　月　　日	
身長　　cm	体重　　kg

最高血圧（　　）	最低血圧（　　）
高血圧の投薬	いいえ　・　はい
花粉症・鼻炎による鼻づまりの有無	いいえ　・　はい
扁桃腺肥大	なし　・　あり　・　不明　・　切除

検査当日の飲酒	いいえ　・　はい		
「はい」と回答された方へ：該当する酒量を〇で囲んで下さい （日本酒1合換算＝ビール中瓶/500ml、ワイン2杯/200ml、焼酎1杯/100ml） 1合未満　1合以上～3合　3合以上～10合　10合以上			
喫煙	なし　・　あり	喫煙あり	1日　本 喫煙歴　年

2. 検査記録

（途中で外れてしまった等ご不安な方に対し二晩の検査をおすすめします）

1日目	測定日	20　年	月	日	
	開　始	午前・午後	時	分	
	終　了	午前・午後	時	分	
2日目	測定日	20　年	月	日	
	開　始	午前・午後	時	分	
	終　了	午前・午後	時	分	

途中で目が覚めたら時間と理由を例のように記入してください

午前2:45～3:00　（例）トイレ、途中で目が覚めた等

ご意見欄（気になる点等がございましたらご記入下さい）

3. 日常生活に関するアンケート

(1) 眠気状態について

こんな時眠くなりますか？

あてはまる箇所に☑を記入して下さい

	ない	時々	よく	常に
① 読書をしている時	□	□	□	□
② テレビを見ている時	□	□	□	□
③ 会議、映画鑑賞等で座っている時	□	□	□	□
④ 他人の運転する車に乗っている時	□	□	□	□
⑤ 午後の休憩中に横になっている時	□	□	□	□
⑥ 座って人と話している時	□	□	□	□
⑦ 昼食後、静かに座っている時	□	□	□	□
⑧ 運転中渋滞などで数分間止まっている時	□	□	□	□
	0	1	2	3

(2) 睡眠状態について

この3ヶ月間で該当する症状に☑を記入して下さい

	ない	時々	毎日	不明
① いびきを指摘されたことがありますか	□	□	□	□
② 上記で「時々・毎日」を選んだ方へ：いびきが大きいと指摘されたことがありますか	□	□		□
③ 睡眠中に呼吸が止まると家族から指摘されたことがありますか	□	□	□	□
④ 昼間にいねむりをしそうになったことがありますか	□	□	□	
⑤ 朝起きて眠りが足りないと感じたことがありますか	□	□	□	

検査機器は除菌・クリーニング並びに品質管理をその都度おこなっていますが、
何かお気づきの点がございましたら、ご連絡をお願い申し上げます。

署名