

## 睡眠時無呼吸症候群チェックリスト

監修：大阪回生病院睡眠医療センター 部長 谷口 充孝 先生

該当する箇所に「✓」マークを入れてください。

お名前： \_\_\_\_\_

睡眠中のことについて、お答え下さい。

- 毎晩、激しいいびきをかきますか？ (★)
- 睡眠中、呼吸がしばしば止まっているといわれますか？ (★)
- 睡眠中、寝返りや体動が激しいですか？
- 眠りが浅いですか？
- 睡眠中、何度も排尿のために起きますか？
- 起床後、寝床が湿ってませんか？

日中のことについて、お答え下さい。

- 朝、起きた時、疲れた感じがありませんか？
- 朝、頭痛や頭重感がありませんか？ (★)
- 日中、眠たくありませんか？ (★)
- 日中、よく居眠りをしませんか？ (★)
- 工作中、集中力がなくなることはありませんか？

身体の状態や生活スタイルについて、お答え下さい。

- 体重が多くありませんか？
- 血圧が高くありませんか？
- 就寝前にアルコールを飲みませんか？
- 男性の方では、首まわりのサイズが 42cm 以上ではありませんか？

チェックした項目の数

(★) がついた質問の数

個

(★) 以外の質問の数

個

(★) が 1 つ以上あてはまる方、(★) 以外の質問に 2 つ以上あてはまる方は、  
睡眠時無呼吸症候群の可能性がります。