

※ OSAS（無呼吸症候群問診表）

1. 当医院を受診された大きな理由はなんですか？

.....

2. 以前、PSG（ポリソムノグラフィー）もしくは簡易検査を受けたことがありますか？受けたのならその内容についてお書きください

.....

.....

3. 基礎疾患はありますか？ また気管支系の疾患をお持ちですか？

.....

4. 現在何らかの服薬をされていますか？

.....

5. 以下の症状があればチェックをしてください

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> いびき（自覚および家族の指摘） | <input type="checkbox"/> EDS（日中仮眠） |
| <input type="checkbox"/> 睡眠中の窒息間や喘ぎ | <input type="checkbox"/> 繰り返す覚醒 |
| <input type="checkbox"/> 起床時の爽快感欠如 | <input type="checkbox"/> 日中の疲労感 |
| <input type="checkbox"/> 集中力の欠如 | <input type="checkbox"/> 姿勢が悪いと指摘される（猫背） |

6. **特許を取得**した検査システムもしくは治療に興味がありますか？

ある 分からない ない

7. その他気になることがありますか

.....

CAT 矯正歯科クリニック睡眠部門