

日付 年 月 日

カルテ番号 お名前 (歳)

初診年月日 年 月 日

病名

アンケートのお願い

レム睡眠行動障害、むずむず脚症候群、過眠症で私の睡眠外来に通院中の方に
お尋ねします。以下に該当する項目があれば、○をつけてください。

| | |
|--|-----------|
| | 症状はなくなった |
| | 症状はまだ少しある |
| | 症状は軽くなった |

| | |
|--|-----------------|
| | 胃の調子が悪い |
| | 便秘に困っている |
| | 尿の回数や切迫感が増えた |
| | 夜間頻尿や尿閉が気になる |
| | 年齢にすると勃起不全が気になる |
| | 最近もの忘れが気になる |
| | 飲み込みが悪くなり、よくむせる |
| | 歩くのが遅くなった |
| | 全体に動作が鈍くなった |
| | すらすら字が書けない |
| | しゃべりにくい |
| | 階段が降りにくい |

今後の診療の参考にさせていただきます。ご協力いただきありがとうございます。
した。

睡眠外来 大田浩右