**睡眠健康情况调查表**

1. **基本资料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 年龄： | 文化程度： |
| 家庭地址： | 联系电话： |

1. **睡眠情况调查**

|  |  |
| --- | --- |
| 每天上床睡觉时间（小时）： | 从上床到入睡需要多久: |
| 早晨通常起床时间： | 睡着时间： |
| 1、您打鼾吗？是的（1） 不是（0） 不知道/拒绝回答（0） |
| 2、如果打鼾您的鼾声：比正常呼吸时较响（0） 同说话时声响（0） 比说话时声响（0）非常响，相邻房间都能听到（1） 不知道或拒绝回答（0） |
| 3、您经常打鼾吗？几乎每天（1） 一周3-4次（1） 一周1-2次（0）一个月1-2次（0） 很少几乎没有或不知道（0） |
| 4、您的鼾声影响其他人了吗？是的（1）没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 5、在您睡觉时，有人注意到您睡眠中有停止呼吸的现象吗？几乎每天都有（2）一周3-4次（2）一周1-2次（0）一个月1-2次（0）几乎没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 第1-5项得分加和： | 加和得分是否大于2分？ 是□ 否□ |
| 6、 您通常醒来后会常感疲乏吗？几乎每天都有（1） 一周3-4次（1） 一周1-2次（0）一个月1-2次（0） 几乎没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 7、每天清醒状态下，您还会有疲劳、乏力等现象吗？有（1） 没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 8、开车时会有打盹或睡着的现象吗？有（1）没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 9、如果有，发生的次数是多少？几乎每天都有（1） 一周3-4次（1） 一周1-2次（0）一个月1-2次（0）几乎没有/不知道/拒绝回答（0） |
| 第6-9项得分加和： | 加和得分是否大于2分？ 是□ 否□ |
| 10、您有高血压吗？有（1） 没有（0） 不知道/拒绝回答（0） |
| 11、您的身高？ 米 |
| 12、您的体重？ 公斤 |
| 13、BMI(体重Kg/身高的平方m2)= kg/m2 | BMI大于30kg/m2？是(1) 否(0) |
| 第10-13项得分加和： | 加和得分是否大于1分？ 是□ 否□ |

1. **其他疾病**

|  |  |
| --- | --- |
| 近期大量鼻出血 | 有□ 无□ |
| 呼吸衰竭 | 有□ 无□ |
| 脑脊液漏、颅脑外伤 | 有□ 无□ |
| 气胸、纵隔气肿、肺大泡形成 | 有□ 无□ |
| 急性鼻窦炎、中耳炎、鼻炎、感染未控制者 | 有□ 无□ |
| 血压明显降低（血压低于90/60mmHg),或休克 | 有□ 无□ |
| 急性心机梗死 | 有□ 无□ |

本人承诺以上填写的资料具有真实性、可靠性

签字: 日期：