|  |
| --- |
| 評価方法（点） |
| １ なかった |
| ２ ほとんどなかった |
| ３ ときどきあった |
| ４ よくあった |
| ５ 結構あった |
| ６ 大分あった |
| ７ いつもあった |

OSA―18 日本語版

下記の質問に右の表を使って、左の余白に点数をつけていってください。点数をすべてつけ終わったら、点数を合計してください。

あたなのお子様は過去４週間にどのくらい…

（睡眠障害―S）

（S1）大きないびきをかいていましたか？

（S2）夜中に息をこらえたり，息が止まったりしていましたか？

（S3）寝ている間にのどに物を詰まらせたような音をさせたり，あえいだりしていましたか？

（S4）頻繁に寝返りを打ったり，たびたび夜中に目を覚ましたりしていましたか？

（身体的障害―Ｐ）

（P1）鼻が詰まるせいで口をあけて息をしていましたか？

（P2）たびたび風邪をひいたりしましたか？

（P3）鼻水が出ていましたか？

（P4）食べ物が飲み込みづらそうでしたか？

（情緒―Ｅ）

（E1）感情的に不安定でしたか？

（E2）攻撃的であったり，はしゃぎすぎたりしていましたか？

（E3）反抗的でしたか？

（日中の問題―Ｄ）

（D1）昼間にひどく眠たそうでしたか？

（D2）集中力に欠けたり，集中できる時間が短かったりしましたか？

（D3）朝起きる時にぐずったりしていましたか？

過去４週間に，以上のようなお子様の症状により…

（保護者の視点―Ｃ）

（C1）お子様の健康状態に不安を抱きましたか？

（C2）お子様が十分に息をしていないのではないかと思われましたか？

（C3）あなたの日常生活に支障をきたしましたか？

（C4）あなたをイライラさせましたか？

患者氏名 身長 cm 体重 kg