



Praram 9
Hospital

แบบฟอร์มการตรวจความผิดปกติ
ขณะหลับ

Name: Gender:Page.....
DOB:Age:..... HN:.....VN/AN:.....
Date:.....Time:Physician:.....
Allergies:.....
Blood Reaction:

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ
น้ำหนัก.....kg ส่วนสูง.....cm. BMI.....kg/m² รอบคอ.....นิ้ว
โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
ยาทานประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
ยานอนหลับ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
☐ สูบบุหรี่ ☐ ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ดื่มชา/ กาแฟ

ปัญหาเกี่ยวกับการนอน

ปัญหา	ใช่	ไม่ใช่	ปัญหา	ใช่	ไม่ใช่	ปัญหา	ใช่	ไม่ใช่
นอนกรน			นอนขากระตุก			ตื่นตอนเช้าไม่สดชื่น		
นอนไม่หลับ			นอนฝันร้าย			ง่วงนอนตอนกลางวัน		
นอนละเมอ			สะดุ้งตื่นบ่อยตอนกลางคืน			สับสนน้ำลาย		
นอนกัดฟัน			ตื่นมาปากแห้งคอแห้ง			ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน		
ผิ้อำ								
อื่นๆ								

แบบทดสอบระดับความง่วงนอน (Epworth Sleepiness Scale) : 0 = ไม่เคยเลย, 1 = มีโอกาสเล็กน้อย, 2 = มีโอกาสปานกลาง, 3 = มีโอกาสสูงมาก

อาการภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ถ้าข้อไหนไม่ได้ทำให้คิดว่าถ้าได้ทำจะเป็นอย่างไร เช่น ไม่เคยขับรถเลย ก็ต้องนึกว่าถ้าขับจะเป็นยังไง **ต้องตอบทุกข้อ**

สถานการณ์	0	1	2	3
1. ง่วงนอนขณะนั่งอ่านหนังสือ				
2. ง่วงนอนขณะดูโทรทัศน์				
3. ง่วงนอนขณะนั่งเฉยๆ นอกบ้าน ในที่สาธารณะ เช่น ในห้องสมุด หรือโรงพยาบาลนตรี				
4. ง่วงนอนขณะเป็นผู้โดยสารในรถ เรือ รถไฟ เครื่องบิน ติดต่อกันเป็นเวลานาน				
5. ง่วงนอนขณะนั่งเฉยๆ หลังรับประทานอาหารกลางวัน โดยไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
6. ง่วงนอนขณะนั่งและพูดคุยกับผู้อื่น				
7. ง่วงนอนขณะนั่งเอนหลังพักผ่อนช่วงบ่ายตามโอกาส				
8. ง่วงนอนขณะขับรถ (ยานพาหนะอื่น) แล้วรถ (ยานพาหนะอื่น) ต้องหยุดนิ่ง 2-3 นาทีตามจังหวะการจราจร				
รวม				

ตารางการนอน

วันทำงาน เวลาเข้านอน.....น. เวลาตื่นนอน.....น. ตั้งแต่ปิดไฟ-หลับ ใช้เวลาประมาณ.....นาที่
ตื่นกลางดึก.....ครั้ง ตื่นกลางดึกแล้วกลับมานอนหลับต่อแต่ละครั้งใช้เวลา.....นาที่ ใช้นาฬิกาปลุก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

วันหยุด เวลาเข้านอน.....น. เวลาตื่นนอน.....น. ตั้งแต่ปิดไฟ-หลับ ใช้เวลา.....นาที่
ตื่นกลางดึก.....ครั้ง ตื่นกลางดึกแต่ละครั้งใช้เวลา.....นาที่ ใช้นาฬิกาปลุก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ผู้ซักประวัติ.....ตำแหน่ง.....