

睡眠障害についての問診票

ID: _____

年 月 日

Q. 一日の睡眠時間はおよそ () 時間

Q. 眠りやすい姿勢は？

1. 仰向け 2. うつぶせ 3. 横向き

Q. 朝の目覚めで頭痛・疲れ・気分が優れないことは？

1. よくある 2. しばしばある 3. たまにある 4. ない

Q. いびきは？

1. よくかく 2. ときどき 3. お酒を飲むとかく 4. かかない

Q. 睡眠中に呼吸が止まりますか？

1. 止まることがある 2. 止まらない

Q. 眠気について（4段階でお答え下さい）

0：ほとんど眠くならない	1：たまに眠くなる
2：半々くらい眠くなる	3：眠くなることが多い

すわって読書をしているとき	0	1	2	3
テレビを見ているとき	0	1	2	3
会議や映画館・劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
1時間続けて車に乗せてもらっているとき	0	1	2	3
午後横になって休息中	0	1	2	3
座ってだれかと話をしているとき	0	1	2	3
昼食後静かに座っているとき	0	1	2	3
すわって手紙や書類を書いているとき	0	1	2	3

合計（JESS） _____ 点

Q. 夜トイレに何回起きますか？ () 回

Q. 以下の症状がありますか？ あるものを○で囲ってください

1. 胸やけ 2. 動悸・不整脈 3. 高血圧 4. 糖尿病 5. うつ状態
6. 足がむずむずして眠れない