

生活習慣・睡眠環境	1 最近、眠れていないと感じますか？	はい	いいえ		
	2 朝、すっきり起きられますか？	はい	いいえ		
	3 睡眠時間は足りていますか？	はい	いいえ		
	4 休みの日は睡眠時間が2時間以上長いですか(昼寝はのぞく)？	はい	いいえ		
	5 仕事の時間帯は一定ですか？	はい	いいえ		
	6 交代勤務(夜勤や早朝勤務)はありますか？	はい	いいえ		
	7 昼寝の習慣はありますか？	はい	いいえ		
	8 飲酒、コーヒー、たばこ、緑茶を床につく前にたしなむ習慣はありますか？	はい	いいえ		
	9 寝室の環境に問題がありますか？(光、音、温度、湿度など)	はい	いいえ		
	10 現在、何らかの病気にかかっていますか？	はい	いいえ		
		疾患名	()		
	11 現在、服用している薬剤がありますか？ (病院でもらった薬剤だけでなく、薬局で購入した薬剤も)	はい	いいえ		
	薬剤名	()			
12 最近、仕事上の問題や環境の変化など、ストレスの原因となる出来事がありましたか？	はい	いいえ			
最近眠れていますか？		はい	いいえ		
日中に強い眠気がありますか？		はい	いいえ		
		()	点		
<p>「はい」の方は、下記の8つの質問に対して「眠気の状態」を記載してください。</p> <p>眠気の状態 0:眠ってしまうことはない 1:時に眠ってしまう 2:しばしば眠ってしまう 3:ほとんど眠ってしまう。</p>					
	1) 座って何かを読んでいるとき(新聞、雑誌、本、書類など)	0	1	2	3
	2) 座ってテレビを見ているとき	0	1	2	3
	3) 会議、映画館、劇場などで静かに座っているとき	0	1	2	3
	4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
	5) 午後横になって、休息を取っているとき	0	1	2	3
	6) 座って人と話をしているとき	0	1	2	3
	7) 昼食を取った後(飲酒なし)、静かに座っているとき	0	1	2	3
	8) 座って手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3
不眠と関連する症状	1 激しいイビキをかいたり、呼吸が止まっていると指摘されたことがありますか？	はい	いいえ		
	2 就床時に、太もも、ふくらはぎや足先がむずむずして、足を動かさずにいられないことがありますか？	はい	いいえ		
	3 寝入りばなに足がびくつくことがありますか？	はい	いいえ		
	4 食欲不振、おっくう感、疲れやすさがありますか？	はい	いいえ		
	5 社会生活の上で、望ましい時間に眠れ、起きられますか？	はい	いいえ		
	それは、望ましい時間より前と後ろのどちらにずれていますか？	前	後		
(不眠の状態) ブライ	1 床についてからすんなり寝つけますか？	はい	いいえ		
	2 熟睡感がありますか？	はい	いいえ		
	3 夜中に何度も目が覚めますか？	はい	いいえ		
	4 起きようと思っていた時間より2時間以上早く目が覚めますか？	はい	いいえ		
治療について	1 これまで睡眠薬を服用したことがありますか？	はい	いいえ		
	それは効果がありましたか？	はい	いいえ		
2 睡眠薬を服用することで気になることはありますか？	はい	いいえ			