

岡山大学病院 睡眠薬ポリファーマシー外来 問診票 (患者さん向け)

記入日： 年 月 日

氏名	男 ・ 女 [年齢： _____ 歳]
----	---------------------

●受診のきっかけ 本人の希望 ・ 医療者に勧められて ・ 家族や友人に勧められて

●職業 フルタイム ・ パートタイム ・ 学生 ・ 交代勤務 ・ なし/退職

●同居家族 ( )

●睡眠習慣について (※おおよその時間、回数をご記入ください)

眠剤を飲む時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 追加の眠剤を飲む時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

寝床につく時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 眠りにつく時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

起床時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 平日睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間 休日睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間

一晩に途中で目が覚める回数： \_\_\_\_\_ 回 そのうちトイレに行く回数： \_\_\_\_\_ 回

●以下の生活習慣について、もっとも当てはまる数字に○をつけてください

	全く 当てはまらない	たまに 当てはまる	しばしば 当てはまる	いつも 当てはまる
1.朝食を抜くことがある	0	1	2	3
2.一日 20-30 分の運動（散歩など軽い運動を含む）をする ※	0	1	2	3
3.昼寝を 30 分以上する	0	1	2	3
4.夕食後にカフェインが入ったもの（コーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレートなど）を摂る	0	1	2	3
5.寝るためにお酒を飲む	0	1	2	3

診察日までに記入し、当日持参をお願いいたします

	全く 当てはまらない	たまに 当てはまる	しばしば 当てはまる	いつも 当てはまる
6.寝る前に喫煙する	0	1	2	3
7.寝る前にテレビやスマホなどの明るい光を見る	0	1	2	3

●過去 1 か月間に、少なくとも週 3 回以上経験したものについて、あてはまる数字に○をつけてください。

1) 寝つき (布団に入って電気を消してから寝るまでに要する時間)	5) 全体的な睡眠の質
0 問題なかった 1 少し時間がかかった 2 かなり時間がかかった 3 非常に時間がかかった、あるいは全く眠れなかった	0 満足している 1 少し不満である 2 かなり不満である 3 非常に不満である
2) 夜間、睡眠途中で目が覚める	6) 日中の気分
0 問題になるほどではなかった 1 少し困ることがあった 2 かなり困っている 3 深刻な状態、あるいは全く眠れなかった	0 いつも通り 1 少し減入った 2 かなり減入った 3 非常に減入った
3) 希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れない	7) 日中の活動について(身体的および精神的)
0 そのようなことはなかった 1 少し早かった 2 かなり困っている 3 非常に早かった、あるいは全く眠れなかった	0 いつも通り 1 少し低下した 2 かなり低下した 3 非常に低下した
4) 睡眠時間	8) 日中の眠気
0 十分である 1 少し足りない 2 かなり足りない 3 全く足りない、あるいは全く眠れない	0 全くない 1 少しある 2 かなりある 3 激しい

●現在の（ここ2週間）あなたの不眠症の問題の重症度を評価してください。

1.寝つきの困難				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
2.睡眠維持の困難				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
3.目が覚めるのが早すぎる問題				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
4.現在の睡眠パターンにどの程度、満足/不満足ですか？				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
5.自分の睡眠の問題が、日中の機能（日中の疲労、仕事/日常の能力、集中力、記憶、気分など）をどの程度妨げていると考えますか？				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
6.他の人から見たら、睡眠の問題があなたの生活の質を妨げている程度はどのくらいだと思いますか？				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4
7.現在の睡眠の問題が、どの程度、心配/不快ですか？				
ない	軽い	中程度	重い	深刻
0	1	2	3	4

- あなたの睡眠と、からだやこころの状態についてお聞きします。  
以下の質問にお答えください。

・この1か月間のあなたの睡眠の状態について、もっとも当てはまるものを○で囲んでください。

	常に	しばしばあった	ときどき	めったに	まったく
1. 寝つきが悪く、時間がかかった	5	4	3	2	1
2. 夜中に目がさめてしまい、もう一度眠ることが難しかった	5	4	3	2	1
3. 朝早くに目がさめてしまい、もう一度眠ることが難しかった	5	4	3	2	1
4. 睡眠の質を悪いと感じた	5	4	3	2	1
5. 睡眠に満足できなかった	5	4	3	2	1

・この1か月間、睡眠の問題により、あなたのからだところの状態にどの程度支障がみられましたか？  
 もっともあてはまるところを○で囲んでください。（睡眠の問題がなかった頃の状態とくらべてお答えください）

	非常に	かなり	少し	わずかに	まったく
1. ものごとを決断するのが難しかった	5	4	3	2	1
2. 仕事、家事、学業をやり遂げるのが大変であった	5	4	3	2	1
3. 人付き合いが面倒に感じた	5	4	3	2	1
4. 仕事や趣味などに意欲がわかなかった	5	4	3	2	1
5. 些細なことでいらいらを感じた	5	4	3	2	1
6. そわそわとして、落ち着かない感じがした	5	4	3	2	1
7. 気が沈んで憂うつだった	5	4	3	2	1
8. 活力が乏しかった	5	4	3	2	1
9. いろいろ気になり頭から離れなかった	5	4	3	2	1
10. 疲れやすかった	5	4	3	2	1
11. 身体の不調があった （頭痛、肩こり、動悸など）	5	4	3	2	1

問診票は以上です。ご協力ありがとうございました。