

不眠症に対する認知行動療法 問診票

お名前 : _____ (_____ 歳) 男 女

住所 : 〒 _____
: _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

Emailアドレス : _____

連絡が取れない場合はキャンセル扱いになりますので、必ずご記入下さい。

I. ご相談なされたい症状はなんですか？当てはまるものはいくつでもチェックを入れてください。

- 1) 眠れない
- 2) 昼間眠くて目覚めてられない
- 3) 眠っている間に息が止まる
- 4) 脚が むずむず する
- 5) 脚が勝手に ピクンピクン と動く
- 6) 眠っている間に歩き回る
- 7) 眠っている間に大声を出す
- 8) 学校や職場のスケジュールに合わせて起きられない
- 9) その他(具体的に)

II. その症状はいつ頃から始まり、頻度はどのくらいですか？また、きっかけはありましたか？

_____ 年 _____ 月 _____ 歳頃から
_____ に _____ 回程度
きっかけ ない ある (具体的に: _____)

III. 上記の症状のことで検査・治療を受けたことがありますか？

医療機関名 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
医療機関名 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

IV. 上記の症状以外に現在治療を受けている病気がありますか？

医療機関名 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
医療機関名 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

V. ご家族でご相談されたい症状と同じような症状がある方はいますか？

いない いる (ご本人との関係 : _____)

VI. 今までかかった主な病気・けが、受けた手術についてお書きください。

(難産(出生異常)・発達の遅れ・けいれん・頭部外傷・その他の病気・けが・手術など)

歳頃	病名:	_____
歳頃	病名:	_____
歳頃	病名:	_____
歳頃	病名:	_____

VII. これまでと現在の生活について教えてください。

学歴: _____ 卒業 在学中(___ 年生) 中退

職 歴	勤務期間	夜勤の有・無
	歳 ~ 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	歳 ~ 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	歳 ~ 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

VIII. 嗜好品について教えてください。

・タバコ 吸わない 吸う (毎日 週 : 本)

・ビール 飲まない 飲む (毎日 週 : 杯)

・ワイン 飲まない 飲む (毎日 週 : 杯)

・焼酎・ジン
ウイスキーなど 飲まない 飲む (毎日 週 : 杯)

・カフェイン入り飲料 飲まない
 飲む コーヒー 紅茶 日本茶 ココア 健康ドリンク チョコレート
その他()

⇒ 量: 夕方以降に 杯 個

IX. 現在、他の医療機関から処方されている薬、薬局で買っている薬、サプリメント、漢方薬、健康食品などを服用・使用している場合には、なるべく詳しくお書きください。(カッコ内に名前もしくは種類)

<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> サプリメント	(_____)
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> サプリメント	(_____)
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> サプリメント	(_____)
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> サプリメント	(_____)

X. 過去1ヶ月の睡眠についてお聞きします。

1) 過去1ヶ月間、通常何時ころに寝床につきましたか？

就寝時刻: 午前 午後 _____ 時 _____ 分 ころ

2) 過去1ヶ月間、寝床についてから 眠りにつくまでに どのくらい時間を要しましたか？

約 _____ 分

3) 過去1ヶ月間、通常何時ころに起床しましたか？

起床時刻: 午前 午後 _____ 時 _____ 分 ころ

4) 過去1ヶ月間、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？

これは、あなたが寝床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。

睡眠時間 1日平均 約 _____ 時間 _____ 分

5) 過去1ヶ月間、以下の 理由 のために睡眠が困難なことがありましたか？

最も当てはまるものに☑印をつけてください。

5a. 寝床についてから30分以内に眠ることができなかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5b. 夜間または早朝に目が覚めたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5c. トイレに起きたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5d. 息苦しかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5e. 咳が出たり、大きないびきをかいたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5f. ひどく寒く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5g. ひどく暑く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5h. 悪い夢をみたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5i. 痛みがあったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

5j. 上記以外の理由があれば、次の空欄に記載してください

【理由】

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

6) 過去1ヶ月間の、ご自分の睡眠の質は全体として、どうですか？

1. 非常によい 2. かなりよい 3. かなりわるい 4. 非常にわるい

7) 過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で、眠るために薬を服用しましたか？

(医師から処方された薬、あるいは薬店で買った薬)

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

8) 過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など眠ってはいけな
いときに、起きていられなくなり困ったことがありましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

9) 過去1ヶ月間、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？

1. まったく問題なし 2. ほんのわずかだけ問題があった
 3. いくらか問題があった 4. 非常に大きな問題があった

10) 家族/同居人がいますか？

1. どちらもいない 2. 家族/同居人がいるが寝室は別
 3. 家族/同居人と同じ寝室であるが寝床は別 4. 家族/同居人と同じ寝床

上記の質問で、2 または 3、または 4 と答えた方のみにおたずねします。

あなたご自身のことをついて、ご家族または同居されている方に、以下の各項目について過去1ヶ月間の頻度をお尋ねください。

10a. 大きないびきをかいていた

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10b. 眠っている間に、しばらく呼吸が止まることがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10c. 眠っている間に、足がビクンとする動きがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10d. 眠っている途中で寝ぼけたり混乱することがあった

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

10e. 上記以外に、じっと眠っていないようなことがあれば、次の空欄に記載してください

【その他じっと眠っていないようなこと】

こういったこと(10e)が過去1ヶ月間、どれくらいの頻度で起こりましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1~2回 4. 1週間に3回以上

睡眠チェック

回答日時 : 20 年 月 日 時 分

1. 現在の(ここ2週間)あたなの不眠症の問題の重症度を評価してください。

	ない	軽い	中等度	重い	深刻
a) 寝つきの困難	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) 睡眠維持の困難	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c) 目が覚めるのが早すぎる問題	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

2. あなたは現在の睡眠パターンにどの程度、満足/不満足ですか？

非常に満足	満足	ふつう	不満足	非常に不満足
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

3. あなたは自分の睡眠の問題が、あなたの日中の機能(例えば、日中の疲労、仕事/日常の雑務の能力、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？

全く妨げていない	少し妨げている	いくらか妨げている	とても妨げている	極めて多く妨げている
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

4. 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？

全く顕著ではない	少し顕著	いくらか顕著	とても顕著	極めて顕著である
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

5. あなたは現在の睡眠の問題が、どの程度、心配/不快ですか？

全く心配ではない	少し心配	いくらか心配	とても心配	極めて多く心配である
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4