

下記の質問にお答え下さい。

- 1) いつも何時頃に寝ますか？ 時頃
- 2) いつも何時頃に起きますか？ 時頃
- 3) 平均睡眠時間は何時間ぐらいですか？ 平均 時間
- 4) 朝起きた時、頭はすっきりしていますか？ はい ・ いいえ
- 5) よく昼寝をしますか？ はい ・ いいえ
- 6) 昼寝の後はすっきりしますか？ はい ・ いいえ
- 7) 寝る前にアルコールを飲みますか？ はい ・ いいえ
- 8) 寝付きが悪いと感じますか？ はい ・ いいえ
- 9) 寝る前に睡眠薬、安定剤を服用されますか？ はい ・ いいえ
(薬剤名：)
- 10) いつも服用しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ
(薬剤名：)
- 11) 睡眠の途中でよく目が覚めますか？ はい ・ いいえ
- 12) 尿意で睡眠中に何回くらい起きますか？ 1～2回 ・ 3～4回 ・ 5回以上
- 13) いびきがあるとよく言われますか？ はい ・ いいえ
- 14) 寝ているときに息が止まったり、いびきが途切れると言われたことはありますか？
はい ・ いいえ
- 15) 目が覚めた時に、よく口の中が乾く事がありますか？ はい ・ いいえ
- 16) 寝入りや夜間に、足がピクピク動くことで目が覚めることがありますか？
はい ・ いいえ
- 17) 足がムズムズしたり、ほてったりしてよく眠れないことはありますか？
はい ・ いいえ
- 18) まだ眠っていないのに夢を見る感覚はありますか？ はい ・ いいえ
- 19) 喜んだり、怒ったりした時に、急に力が抜けてしまうことはありますか？
はい ・ いいえ
- 20) 眠っているときに身体がしびれたり動けなくなる（金縛り）ことがありますか？
はい ・ いいえ
- 21) 寝ている時に歯軋りや寝言があるとされますか？ はい ・ いいえ
- 22) 寝ぼけていると言われた事がありますか？ はい ・ いいえ
- 23) 眠気があり運転中に事故を起こしそうになったり、起こしたことはありますか？
はい ・ いいえ
- 24) 現在、過去において該当する疾患はありますか？
高血圧 狭心症 呼吸器疾患 不整脈
心筋梗塞 脳梗塞 心不全 アレルギー性鼻炎
花粉症 糖尿病 脳血管障害 高脂血症
甲状腺機能低下 てんかん その他
- 25) 喫煙歴はどれくらいですか？現在あり (平均 本/日を 年間)
過去あり (平均 本/日を 年間)
- 26) アルコール類をお飲みになりますか？
ほぼ毎日 ・ 週3～4回 ・ 週1～2回 ・ 飲まない
(1回に飲む量は：)

The Berlin Questionnaire

以下の質問に対して該当するものに○を付けてください。

1) いびきをかきますか？

はい • いいえ

2) いびきの程度は？

呼吸をしているくらい • 話し声くらい • 話し声より少し大きい • 大変うるさい

3) どのくらいいびきをかきますか？

ほぼ毎日 • 3～4回/週 • 1～2回/週 • 1～2回月 • ほとんどない

4) いびきで他の人に迷惑を掛けることがありますか？

はい • いいえ

5) 呼吸が止まることを指摘されますか？

ほぼ毎日 • 3～4回/週 • 1～2回/週 • 1～2回月 • ほとんどない

6) 起きている時でも疲れを感じていますか？

ほぼ毎日 • 3～4回/週 • 1～2回/週 • 1～2回月 • ほとんどない

7) 起きた時（睡眠後）に疲れが残りますか？

ほぼ毎日 • 3～4回/週 • 1～2回/週 • 1～2回月 • ほとんどない

8) 運転中にうとうとと寝てしまったことがありますか？

はい • いいえ

9) 高血圧と言われたことがありますか？

はい • いいえ • わからない

10) 体重に変動がありましたか？

増加した (kg/年) • 減少した (kg/年) • 変化なし

