

不眠症治療に関する問診票

受診日 年 月 日

ご氏名

当てはまる項目にチェックを入れてください

- ☐ 睡眠薬（不眠治療薬）を常用していない
- ☐ アプリを使った生活習慣の改善に主体的に取り組む意欲がある
- ☐ うつ病、不安障害、双極性障害などの精神疾患患者ではない
- ☐ 交代勤務・夜勤勤務がない
- ☐ 睡眠時無呼吸症候群（SAS）、レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、概日リズム睡眠・覚醒障害、レム睡眠行動障害、過眠症などの睡眠障害ではない

アテネ不眠尺度（AIS）の測定

過去 1 ヶ月間に週 3 回以上経験した症状について○をつけ、点数を記入してください。

	0 点	1 点	2 点	3 点
(1) 入眠にかかる時間	問題なし	少し遅い	かなり遅い	深刻
(2) 夜間の途中覚醒	問題なし	少しある	かなりある	深刻
(3) 希望より早い覚醒	問題なし	少し早い	かなり早い	深刻
(4) 総睡眠時間	十分	少し不足	かなり不足	深刻
(5) 睡眠全体の満足度	満足	少し不満	かなり不満	深刻
(6) 日中の気分	いつも通り	少し減入る	かなり減入る	深刻
(7) 日中の作業・集中力	いつも通り	少し低下	かなり低下	深刻
(8) 日中の眠気	なし	少しある	かなりある	激しい
	0 点 × ____ 項目 0 点	1 点 × ____ 項目 点	2 点 × ____ 項目 点	3 点 × ____ 項目 点

合計点数 点