

Myosleep Kids Questionnaire



患者名:

生年月日:

日付:

過去1か月の、お子様の平均的な睡眠習慣と質について下記の質問にお答えください。
当てはまらない場合は“?”にチェックを入れてください。

1. 入眠時

はい いいえ ?

入眠に問題がありますか?			
就寝時間は不規則な傾向にありますか?			
起床時刻は不規則な傾向にありますか?			
平日と週末では、就寝時刻または起床時刻に大きな差がありますか?			

2. 就寝中

はい いいえ ?

眠りについてから、夜間就寝中に目を覚ますことがよくありますか?			
就寝中口が開いていますか?			
就寝中荒い、または大きな寝息をする習慣がありますか?			
就寝時間の半分以上いびきをかいていますか?			
1週間のうち、3日から4日以上夜いびきをかいていますか?			
毎夜いびきをかいていますか?			
大きないびきをかいていますか?			
就寝中息苦しそうですか?			
就寝中呼吸が止まったことがありますか?			
悪夢を見たり、歩き回ったり、就寝中に異常な行動をしていることがありますか?			
おねしょをすることがありますか?			

3. 起床時

はい いいえ ?

起床時口が乾いていますか?			
朝寝起きが悪いですか?			
朝寝起きがスッキリしない様子ですか?			
過度に疲労していますか? また年齢に対して昼寝時間は長いほうですか?			
起床時に頭痛がありますか?			
お子様の年齢に対して十分な睡眠時間が得られていないと思いますか?			
先生等にお子様の日中ウトウトしていることがあると指摘を受けたことがありますか?			
日常的に口呼吸の傾向がありますか?			
総合的に、お子様の成長スピードは平均に比べて遅いほうですか?			
栄養過多ですか?			
年齢に対して、課題や活動を順序立てて行うことが難しい傾向にありますか?			
直接話しかけられても聞いていないことがありますか?			
簡単に気が散ったり、そわそわしたり、落ち着いて座ることに苦労することがありますか?			
多動傾向がありますか?			

お子様の睡眠習慣に関してご意見がございましたらご記入ください。



患者名:

保護者署名: