

睡眠認知療養指導外来 問診票（患者様用）Ver1

※当日までに記載して持参ください

名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 性別：男・女 \_\_\_\_\_

◆睡眠について（全員回答）

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

起きる時間： \_\_\_\_\_ 布団から出る時間： \_\_\_\_\_

途中で目が覚める回数： \_\_\_\_\_ 回 目が覚める時刻： \_\_\_\_\_

夜間排尿回数： \_\_\_\_\_ 回

◆睡眠薬について（全員回答）

睡眠薬を何時に飲んでいますか？ \_\_\_\_\_

眠れないときに追加で薬を飲みますか？ はい・いいえ \_\_\_\_\_

◆飲酒について（全員回答）

飲酒有無： する ・ しない

1日飲酒量： \_\_\_\_\_

（例：ビール 500ml と日本酒 1 合）休肝日：週 \_\_\_\_\_ 日

◆運動習慣について（全員回答）

散歩： \_\_\_\_\_ 分 もしくは \_\_\_\_\_ 歩

自宅内運動： \_\_\_\_\_ 分

◆認知療養について（認知療養指導の方のみ回答）

・現在困っている症状はありますか？以下あてはまるものに○をしてください。  
複数可

暴言、暴力、徘徊、不潔行為、性的逸脱（セクハラ様行動）、うつ・

落ち込み、低活動、失禁、脱衣、妄想（ものとられ、嫉妬など）

幻覚、不眠、覚醒不良、過食、食べない

そのほか（ \_\_\_\_\_ ）

・介護保険申請 有 ・ 無 ありの場合：要支援 ・ 要介護

・移動能力 あてはまるものに○をしてください

自力で外出可、自力で自宅内移動可、杖など使う、車椅子、

歩行器、トイレ・食事以外は寝たきり、寝たきり

・着替え 可 ・ 不可

・入浴 可 ・ 不可

・食事 可 ・ 不可

そのほか要望ありましたら記載をお願いします。

（ \_\_\_\_\_ ）