

眠気についてのアンケート

当院では、いびきや睡眠時無呼吸症候群の歯科的治療としてスリープスプリントを試みております。
つきましては、現在あなたが当院に通院・治療をされている内容とは異なるかとは思いますが、
下記の質問（アンケート）にお答えいただければ幸いです。

尚、このアンケートは性別・年齢のみで、無記名で結構です。

性別： 男 女

年齢：（ ） 才

「あなたの最近の生活のなかで、次のような状況になると、

眠くなるかどうかを下の数字でお答えください。

質問のような状況になったことがなくても、その状況になれはどうなりそうかを想像してお答え下さい。」

状況 （あてはまる数字に○をしてください）

1) 座って読書をしているとき

2) テレビを見ているとき

3) 会議や公共施設（劇場など）で座っているとき

4) 1時間ぐらい続けて人の運転で車に乗せてもらっているとき

5) 午後、休息で横になったとき

6) 座って誰かと話をしているとき

7) 昼食後（お酒は飲まず）、静かに座っているとき

8) 運転中、交通渋滞や信号で2~3分止まっているとき

決して眠くならない
まれに眠くなる
しばしば眠くなる
よく眠くなる

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

自覚的傾眠の判定：合計 点

9) 居眠り運転で交通事故を起こした事、または、ヒヤッとした経験がありますか？

はい いいえ

10) 最後に、あなたはいびきをかきますか？または、いびきをかくと言われた事がありますか？

はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

広島市安佐北区亀山3-1-44

松本歯科医院

松本浩一

平成 年 月 日