

スリープスプリントをお入れになった方への調査票

スリープスプリントのご使用を始めて2週間～6週間後に以下の質問にお答えください

お名前 () 【 才 男・女】 カルテNO.

使用を開始した日	平成	年	月	日	
本日の日付	平成	年	月	日	
装着して入眠		可	不可		
それまでの使用日数		()	日間		
睡眠時間の変化	以前は()	時間	→	現在は()	時間

- ① 装置は朝までついていますか？
1. ついている 2. 途中で目が覚めて外す 3. いつの間にか外れている
- ② いびきは減りましたか？
1. 完全に止まった 2. ほとんど止まった 3. 半分くらい
4. 少しは減ったと思う 5. あまり変化がない 6. 不明
- ③ 無呼吸は減りましたか？
1. 完全に止まった 2. ほとんど止まった 3. 半分くらい
4. 少しは減ったと思う 5. あまり変化がない 6. 以前からない、不明
- ④ 同室者の評判
1. 良好 2. 悪くなった 3. わからない
- ⑤ 装着時の違和感
1. ほとんどない 2. あるが我慢できる 3. ひどくて眠れない
- ⑥ 睡眠中の唾液の分泌
1. 少なくなった 2. 変わらない 3. 少しふえた 4. あふれ出てしまう
- ⑦ 睡眠中は口が開きますか？
1. 開かない 2. テープで固定している 3. 開いてしまう
- ⑧ 起床時に顎の痛み
1. ほとんどない 2. あるが我慢できる 3. 耐えがたい
- ⑨ 朝食時のかみ合わせ
1. 支障はない 2. 少し支障はあるが問題はない 3. 支障が大きい
- ⑩ 起床時の気分は
1. 良くなった 2. あまり変わらない 3. 悪くなった
- ⑪ ぐっすり眠れますか？
1. よく眠れる 2. あまり変わらない 3. 悪くなった
- ⑫ 日中の眠気
1. 少なくなった 2. 変わらない 3. ひどくなった 4. 以前からない
- ⑬ 総合的に判断して
1. 非常に良好 2. おおむね良好 3. 効果があるとはいえない

ご意見、ご感想がありましたらお書きください