

# 本物の良い眠りをあなたへ!!

## 健康と睡眠に関するチェックシート

※ワクの中の質問で、あてはまる記号に○印をして下さい。

Q 1 1日の睡眠時間は何時間ですか？

- ア. 4.5 時間未満 ( 時間位)    イ. 4.5 ~ 6 時間未満    ウ. 6 ~ 7.5 時間未満  
エ. 7.5 ~ 9 時間未満    オ. 9 時間以上

Q 2 寝姿は？

- ア. あおむけ    イ. うつぶせ    ウ. 横向き

Q 3 眠りのトラブルはありますか？

- ア. 寝つきが悪い    イ. 途中で目が覚める    ウ. 目覚めが悪い  
エ. 日中眠たい    オ. 特になし

- ※ イ の方で・・・    a. 枕を直す    b. トイレ    c. その他 (                    )  
※ ウ の方で・・・    a. 肩がこる    b. 首が痛い    c. その他 (                    )

Q 4 ご使用中の寝具で気になる事はありますか？

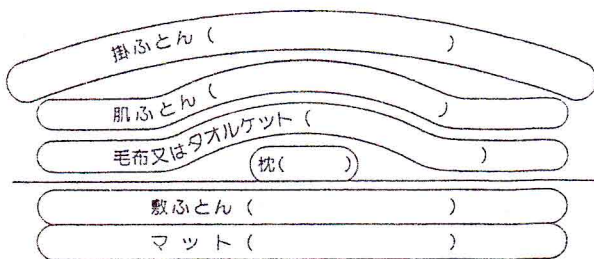
- ア. 枕が合わない    イ. 布団が重い    ウ. 敷布団が柔らかい    エ. 敷布団が固い  
オ. 寒すぎる    カ. 暑すぎる    キ. 蒸れる    ク. 干せない    ケ. 収納場所をとる

Q 5 下記の症状等がありますか？

- ア. 頭痛    イ. 肩こり    ウ. 首痛    エ. 冷え症    オ. 目が疲れる    カ. イビキ  
キ. アトピー    ク. ぜんそく    ケ. 腰痛    コ. 不眠症    サ. 更年期障害  
シ. 自律神経失調症    ス. 冬は電気毛布を使う (掛毛布・敷毛布)  
セ. マットレスを使用    ソ. その他 (                    )

Q 6 既往症は？ (以前かかったことのある病気がありますか。)

- ア. ムチ打ち症    イ. 頸椎損傷<sup>けいつい</sup>    ウ. ヘルニア    エ. その他 (                    )



シーツ (                    )



ご相談受付日    年    月    日

氏名	フリガナ	性別	男	TEL	(                    ) -
			女	生年月日	年    月    日 (                    ) 才
住所	〒			身長	体重