

■以下からあれはまるものを選んで点数でお答えください

- 1:なかった 2:ほとんどなかった
 3:ときどきあった 4:よくあった
 5:結構あった 6:大分あった
 7:いつもあった

●あなたのお子様は過去4週間の間にどのくらい・・・

(睡眠障害)

- ・・・大きないびきをかいていましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・夜中に息をこらえたり、息が止まってしまったりしていませんか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・寝ているあいだにのどに物を詰まらせたような音をさせたり、あえいだりしていませんか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・頻繁に寝返りを売ったり、たびたび夜中に目を覚ましたりしていませんか? 1・2・3・4・5・6・7

(身体的障害)

- ・・・息が詰まるせいで口をあけて息をしていましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・たびたび風邪をひいたりしましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・鼻水が出ていましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・食べ物が飲み込みづらそうでしたか? 1・2・3・4・5・6・7

(情緒)

- ・・・感情的に不安定でしたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・攻撃的であったり、はしゃぎすぎたりしていませんか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・反抗的でしたか? 1・2・3・4・5・6・7

(日中の問題)

- ・・・昼間にひどく眠たそうでしたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・集中力に欠けたり、集中できる時間が短かったりしましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・朝起きる時にぐずったりしましたか? 1・2・3・4・5・6・7

●過去4週間の間に、以上のようなお子様の症状により・・・

(保護者の視点)

- ・・・お子様の健康状態に不安を抱きましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・あなたの日常生活に支障をきたしましたか? 1・2・3・4・5・6・7
 ・・・あなたをイライラさせましたか? 1・2・3・4・5・6・7

合計点 _____ 点