睡 眠 表

＊休日、または学校・仕事を休んだ日は、曜日を○をで囲む

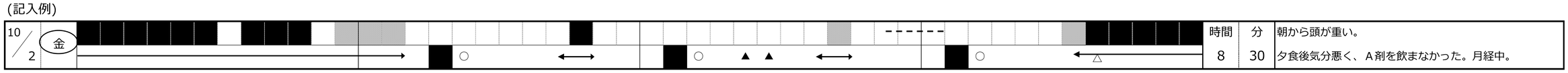
年	月

ＩＤ：　　氏名：

月／日	曜日	午前 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	午後 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	総睡眠時間(1日の合計)		備考（薬の副作用・体調など）
／	月					
／	火					
／	水					
／	木					
／	金					
／	土					
／	日					
／	月					
／	火					
／	水					
／	木					
／	金					
／	土					
／	日					

(記入例)

月／日	曜日	午前 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	午後 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	時間	分	備考
10／2	金			8	30	朝から頭が重い。 夕食後気分悪く、Ａ剤を飲まなかった。月経中。



ぐっすり眠った（ぬりつぶす）　うとうとしていた（斜線）　ぼんやりしていた（点線）　ハッキリ 目が覚めていた　寝床にいた横になっていた　食事の時間　▲ 脱力発作　△ 金縛り　○ 薬を飲んだ　× 薬を飲まなかった