# 수면 평가 워크시트

환자 이름: _____

| 수면 패턴 | |
|---|---|
| 평균 취침 시간: | |
| 평균 기상 시간: | |
| 하루 평균 수면 시간: | |
| 평균적으로 잠자리에 든 후 잠이 드는 데 얼마나 걸리나요? (예: 10분, 1시간 등) | |
| 밤 동안 몇 번이나 깨어나나요? | |
| 낮잠을 자나요? 그렇다면 얼마나 자주, 얼마나 오래 자나요? | |

| 수면의 질 | |
|---|---|
| 아침에 일어났을 때 충분히 휴식된 느낌이 드나요? | |
| 전체적인 수면의 질을 어떻게 평가하나요? (0 = 매우 나쁨, 10 = 매우 좋음) | |
| 누군가가 당신이 코를 곤다거나 잠자는 동안 호흡이 멈춘다고 말한 적이 있나요? | |
| 밤에 다리가 안절부절하거나 움직이고 싶은 충동을 느끼나요? | |
| 나쁜 꿈이나 악몽을 꾸나요? | |

| 수면 환경 | |
|---|---|
| 잠자기 전 루틴이 있나요? (예: 독서, 음악 듣기 등) | |
| 잠들기 직전에 휴대폰, TV, 또는 기타 스크린을 사용하나요? | |

| | |
|---|---|
| 오후 3시 이후에 커피, 에너지 음료, 카페인이 들어 있는 탄산음료를 마시나요? | |
| 잠들기 위해 알코올, 대마초, 혹은 다른 물질을 사용하나요? | |

| 건강과 수면 | |
|---|---|
| 잠들려고 할 때 생각이 너무 많아지거나 걱정이 많이 되나요? | |
| 패닉이나 불편한 꿈 때문에 잠에서 깨나요? | |
| 통증이나 다른 의학적 문제 때문에 잠들기 어렵나요? | |
| 야간 근무를 하거나 규칙적이지 않은 수면 일정을 가지고 있나요? | |

| 수면 목표 | |
|---|---|
| 당신의 수면에 대해 바꾸거나 개선하고 싶은 점은 무엇인가요? | |