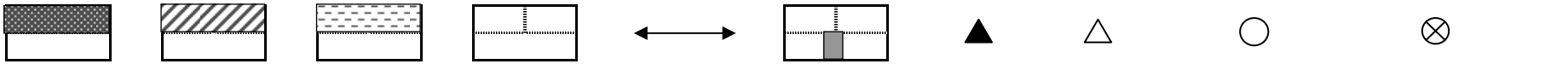
睡　眠　表

年　　月　　（休日または仕事・学校を休んだ日は曜日を ○で囲む）　　氏名　　殿

日		午前 0	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	1日の睡眠時間の合計		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）

16	㊎																									時間 8	分 45	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（赤でぬる）　うとうとしていた（赤の斜線）　ぼんやりしていた（赤の点線）　ハッキリ目がさめていた　寝床にいた、横になっていた　食事の時間（黒でぬる）　脱力発作　金縛り　服薬した　服薬しなかった（詳細を備考に記入）