흔들침대 연구 선정/제외 기준 체크리스트

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명 |  | 생년월일 |  |
| 연락처 |  | 성별 |  |

연구 참여자 선정/제외 체크리스트 (첫 신청시에만 작성)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 현재 수면 질환을 가지고 있습니까? |  |
| 2. 기분장애나 불안장애를 진단받은 적 있거나 이로 인해 일상생활 기능에 손상이 있습니까? |  |
| 3. 최근 1년 내 알코올 및 약물의 남용 혹은 의존성이 있었습니까? |  |
| 4. 수면을 방해할 수 있는 통증을 주는 질환이 있습니까? |  |
| 5. 현재 복용중인 약(수면제 포함 정신과 약이나 신체 질환약)이 있습니까? |  |
| 6. 교대근무 중입니까? |  |
| 7. 상습적 흡연을 하십니까? (6개월 이상 흡연력이 있으면서 지난달 매일 흡연한 경우) |  |

 2022년 월 일 성명 : (인)

검사 참여일 예약 후 체크리스트 (예약 방문일 마다 작성)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Screening | Visit2 | Visit3 | Visit4 |
| 1.검사일 기준 1주일 내 시차가 큰 지역으로 여행한 적 있습니까? |  |  |  |  |
| 2. 검사일 3일 이내에 60분 이상의 낮잠을 잔 적 있습니까? |  |  |  |  |
| 3. 검사일 3일 이내에 하루 5잔이 넘는 커피 및 차 음료를 섭취하셨습니까? |  |  |  |  |
| 4. 검사일 3일 이내에 알코올을 섭취한 적 있습니까? |  |  |  |  |
| 5. 검사일 3일 이내에 평소의 야간 수면 시간에 비해 3시간 이상의 야간 수면 박탈이 있었습니까? |  |  |  |  |
| 6. 수면다원검사에서 폐쇄성 수면 무호흡, 심한 주기성 사지운동증에 해당하였습니까? |  |  |

 2022년 월 일 성명 : (인)