

Клиника диагностики расстройств сна.

Двухнедельный дневник сна

И.Ф. пациента: _____

Номер паспорта: _____

Ночь №	День недели	Дата	Когда выключили свет?	Сколько времени прошло, пока Вы уснули?	Сколько часов вы спали?	Качество сна: 1 (плохо) – 5 (отлично)	Сколько раз вы просыпались?	Час пробуждения утром	Принимали ли вы снотворное? Если да, то сколько?	Спали ли вы днем? Если да, то как долго?	Примечания
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

Примечания:
