9. 최근 1년 동안 업무로 인한 사고나 중독으로 의료기관에서 치료 받은 적이 있습니까?
☐ 있다 ☐ 없다

10. 귀하의 음주 정도는?
☐ 예. (주 ____회, ____잔) ☐ 아니오

11. 귀하는 음주 상대는 주로 누구입니까?
☐ 가족 ☐ 직장동료 ☐ 친구 ○ 기타(_____)

12. 귀하의 흡연 정도는?
☐ 예. 하루 (____)개비 ☐ 아니오

다) 수면관련 지표

1. 귀하의 비번 일 하루 평균 수면시간은? (____시간)

2. 다음 해당항목에 표시하시오

항 목	1	2	3	4	5
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
수면에 질이 떨어지거나 수면과 관련해서 심각한 문제가 있다고 느낍니까?	☐	☐	☐	☐	☐
수면과 관련해서 술의 도움을 받은 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐
수면과 관련해서 약물(처방된 것)의 도움을 받은 적이 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐
현재 수면에 대하여 얼마나 걱정하고 있습니까?	☐	☐	☐	☐	☐

3. 야간근무 후 다음의 증상들을 얼마나 많이 경험합니까? (복수선택)

증 상	0	1	2	3	4	5	
권태, 피로감	☐	☐	☐	☐	☐	☐	0: 전혀 없다 1: 월 1~2회 2: 월 3~5회 3: 월 6~8회 4: 월 9~12회 5: 월 13회 이상
두통	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
목이 따갑다	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
기억력 장애, 집중력, 판단력 저하	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
시력장애, 시야가 흐리거나 눈부심	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
복부 불편감, 더부룩함, 속쓰림	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
우울증이나 기분변화, 공포감	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
근육통, 관절통	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
감각저하, 어지러움	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

4. 주간 졸림증에 대한 지표(Epworth Sleepiness Scale)

상 황	점 수	
앉아 있거나 독서 중	0	0=절대 깜박 잠들지 않음 1=약간 깜박 잠들 가능성이 있음 2=적당히 깜빡 잠들 가능성 있음 3=심각하게 깜빡 잠들 가능성 있음
텔레비전 시청 중	0	
공공장소에 수동적으로 앉아 있는 때	0	
한 시간이상 대중교통에 앉아 있을 때	0	
오후에 잠시 누워 있을 때	0	
앉아서 다른 사람과 대화할 때	0	
점심식사 후 앉아 있을 때	0	
운전중 잠시 차가 정차했을 때	0	