1. 强烈的活动腿的欲望

- 您是否经常感到需要移动双腿，尤其是在尝试入睡或休息时？

- 几乎每天

- 每周几次

- 偶尔

- 很少或从未

2）2、夜间和静止时症状加重

- 当您处于静止状态时（如坐着或躺在床上），您是否会发现活动腿的欲望增加？

- 总是如此

- 经常如此

- 有时如此

- 几乎从不

1. 3、白天和运动时症状减轻

- 在白天活动或进行体育锻炼后，您是否注意到腿部不适感有所缓解？

- 明显改善

- 有些改善

- 没有明显变化

- 症状加剧

1. 4、腿部感觉异常

- 您是否有过腿部感觉异常的经历，比如刺痛、蠕动感或其他不舒服的感觉？

- 非常常见

- 偶尔

- 很少

- 从未

1. 5、睡眠紊乱

- 您是否发现自己很难获得连续的高质量睡眠？

- 总是

- 经常

- 有时候

- 几乎没有

1. 6、昼夜变化规律

- 您的睡眠模式是否有明显的昼夜变化规律？

- 是的，晚上睡眠更差

- 是的，白天小憩能改善晚上睡眠

- 没有明显的规律

- 不确定

1. 7、其他睡眠障碍

- 您是否有其他的睡眠问题，例如难以入睡或在夜间频繁醒来？

- 是的，经常遇到这些问题

- 偶尔遇到这些问题

- 很少遇到这些问题

- 完全没有这些问题

1. 8、呼吸暂停

- 您是否被告知在睡眠中有过呼吸暂停的情况？

- 经常被指出

- 偶尔被指出

- 很少被指出

- 从未被指出

1. 9、日间嗜睡

- 您在白天是否经常感到极度困倦，甚至在不应该感到疲倦的时候？

- 几乎总是

- 经常

- 有时候

- 几乎从不

1. 10、夜间频繁醒来

- 您是否经常在夜间醒来，导致第二天感到疲惫？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 11、睡眠质量差

- 您认为自己的睡眠质量如何？

- 非常差

- 较差

- 一般

- 较好

- 非常好

1. 12、晨起头痛

- 您早上醒来时是否经常感到头痛？

- 几乎每天

- 每周几次

- 偶尔

- 很少或从未

1. 13、打鼾

- 您是否经常打鼾，或者有人告诉过您在睡觉时打鼾？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 几乎从不

1. 14、情绪问题

- 您是否觉得自己的情绪波动较大，容易感到焦虑或抑郁？

- 经常如此

- 有时如此

- 很少如此

- 几乎从不

1. 15、心血管问题

- 您是否有过与心脏或血压相关的健康问题？

- 是的，有相关问题

- 曾经有过，但现在控制住了

- 没有这些问题

- 不清楚

1. 16、代谢问题

- 您是否经历过体重突然增加或减少等代谢问题？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 17、认知功能下降

- 您是否感觉到记忆力减退、注意力集中困难或思维速度变慢？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 18、过度日间嗜睡

- 您在白天是否经常感到非常困倦，即使前一晚睡得很好？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 19、难以保持清醒

- 您在白天是否经常感到难以保持清醒？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 20、猝倒

- 您是否曾因强烈的情绪反应而突然失去肌肉张力或摔倒？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 21、睡眠不深

- 您是否经常感到自己的睡眠很浅，容易被外界声音打扰？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 22、睡眠时间延长

- 您的每晚睡眠时间是否比以前更长？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 23、睡眠瘫痪

- 您是否曾经在刚入睡或即将醒来时感到身体无法动弹？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 24、幻觉

- 您是否在入睡或醒来时看到或听到不存在的事物？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 25、自动行为

- 您是否在半睡半醒的状态下做出过无意识的行为，比如走到厨房或打开电脑？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 26、夜间睡眠障碍

- 您是否在夜间遇到过入睡困难、频繁醒来或早醒等问题？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 27、无意识的肢体运动

- 您是否在睡眠中出现过无意识的肢体运动？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 28、入睡困难

- 您是否经常难以入睡？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 29、频繁觉醒

- 您是否经常在夜间醒来多次？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 30、早醒

- 您是否经常比预期时间早醒，并且难以再次入睡？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 31、白天困倦

- 您在白天是否经常感到困倦？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 32、睡眠质量低

- 您是否觉得自己即使睡了很长时间，睡眠质量仍然很低？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 33、日间疲劳

- 您在白天是否经常感到疲劳？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 34、认知功能障碍

- 您是否发现自己在注意力、记忆力或思维能力方面存在问题？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 35、入睡困难

- 您是否经常难以入睡？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 36、醒来困难

- 您是否经常感到早晨很难醒来？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 37、白天嗜睡

- 您在白天是否经常感到非常困倦？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 38、睡眠时间正常

- 您每晚的平均睡眠时间是否接近推荐的7到9小时？

- 是的，接近这个范围

- 通常多于这个范围

- 通常少于这个范围

- 完全不确定

1. 39、睡眠结构较正常

- 您的睡眠周期（包括浅睡、深睡和REM睡眠）是否较为正常？

- 我认为是正常的

- 我不确定

- 我认为不正常

- 我没有关注过这个问题

1. 40、焦虑或抑郁情绪

- 您是否经常感到焦虑或抑郁？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 41、夜间易醒

- 您是否在夜间容易醒来，并且难以再次入睡？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 42、梦中行为再现

- 您是否曾在梦中做出动作，甚至起床执行某些活动？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 43、睡眠中的暴力行为

- 您是否在睡眠中表现出攻击性或暴力行为？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 44、睡眠中断

- 您是否经常在夜间醒来，导致第二天感到疲劳？

- 几乎每晚

- 每周几次

- 偶尔

- 很少

1. 45、情绪问题

- 您是否经常感到情绪波动大，容易焦虑或抑郁？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 47、神经系统症状

- 您是否有过神经系统的症状，如手脚麻木、刺痛等？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 48、提前入睡

- 您是否发现自己比平时更早感到困倦并提前入睡？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 49、生物钟失调

- 您的睡眠时间和醒来时间是否与大多数人的不同，例如夜间工作或经常跨时区旅行？

- 是的，我的作息时间与众不同

- 有时会有所不同

- 大多数时候与大多数人一致

- 完全一致

1. 50、梦游行为

- 您是否曾有过梦游的经历，即在睡梦中起床并进行活动？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 51、记忆力减退

- 您是否注意到自己的记忆力有所下降？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 52、白天过度困倦

- 您在白天是否经常感到非常困倦，即使前一晚睡得很好？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 54、长时间睡眠

- 您是否发现自己需要比以前更多的睡眠时间才能感到精神饱满？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 55、非恢复性睡眠

- 即使您睡了足够的时间，是否仍然感到没有充分休息？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 56、自动行为

- 您是否在半睡半醒的状态下做出过无意识的行为，比如走到厨房或打开电脑？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 57、白天过度嗜睡

- 您在白天是否经常感到极度困倦，甚至影响日常生活？

- 几乎总是

- 经常

- 有时

- 几乎从不

1. 58、睡眠惯性

- 您是否在早晨醒来后感到昏昏沉沉，需要一段时间才能完全清醒？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 60、夜间睡眠障碍

- 您是否在夜间遇到过入睡困难、频繁醒来或早醒等问题？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 61、头痛

- 您是否经常在早晨醒来时感到头痛？

- 几乎每天

- 每周几次

- 偶尔

- 很少或从未

1. 62、食欲改变

- 您的饮食习惯是否有所改变，例如食欲增加或减少？

- 经常

- 有时

- 很少

- 从未

1. 63、喉咙干燥

- 您是否经常在早晨醒来时感到喉咙干燥？

- 几乎每天

- 每周几次

- 偶尔

- 很少或从未

**重复的、有节奏的运动**

* 您是否在睡眠中或试图入睡时，经常进行重复的、有节奏的运动（如摇头、晃动身体等）？
  + 几乎每晚
  + 每周几次
  + 偶尔
  + 几乎从不

**声音和言语**

* 您是否在睡眠中或试图入睡时，经常发出声音或说话？
  + 几乎每晚
  + 每周几次
  + 偶尔
  + 几乎从不