

睡眠時無呼吸症候群問診票 (STOP-Bang 問診票)

1. いびき (Snoring)

大きいいびきですか？（話し声よりも大きい、あるいは閉めた扉越しに聞こえる程度）

はい いいえ

2. 疲労 (Tired)

しばしば疲労や倦怠感、昼間の眠気を感じますか？

はい いいえ

3. 他者からの目撃 (Observation)

他の人から呼吸が睡眠中に停止しているのを指摘されましたか？

はい いいえ

4. 血圧 (Blood pressure)

高血圧ですか、あるいは現在高血圧の治療を受けていますか？

はい いいえ

5. Body mass index (BMI)

BMI が 30kg/m² 以上ですか？（不明であれば身長と体重をご記入ください。）

はい いいえ 身長 () cm 体重 () kg BMI ()

6. 年齢 (Age)

50 歳以上ですか？

はい いいえ

7. 首周囲径 (Neck circumference)

首の周囲径が 40cm 以上ですか？（Y シャツの首周りが 42cm 以上ですか？）

はい いいえ わからない

8. 性別 (Gender)

男性ですか？

はい いいえ

合計 点 / 8 点

3 点以上で睡眠時無呼吸症候群の可能性があります