

睡眠時無呼吸症候群問診票（STOP-Bang 問診票）

1. いびき（Snoring）

大きないびきですか？（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ります