

姓名\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_ 填表日期\_\_\_\_\_

推荐医生姓名\_\_\_\_\_ 推荐医生电话\_\_\_\_\_

## STOP BANG 量表

你睡觉打呼吗？[**S**nore] 是  否

你感觉白天疲劳或困倦吗？[**T**ired] 是  否

有人发现你睡觉时有呼吸暂停吗？[**O**bserved stop breathing] 是  否

你患高血压吗？[high blood **P**ressure] 是  否

请数一下你的回答中有几个“是”

并把这个数字填在后面的方框里

---

你的体重指数大于35？[**B**MI] 是  否

你的年龄大于50岁？[**A**ge] 是  否

你的颈围超过40 厘米？[**N**eck size] 是  否

你的性别？[**G**ender] 男  女

如果身高是 厘米 147 152 157 163 168 173 178 183 188 193  
且体重大于 公斤 76 81 86 93 99 105 111 117 124 130

如果身高是 英尺英寸 4'10" 5'0" 5'2" 5'4" 5'6" 5'8" 5'10" 6'0" 6'2" 6'4"  
且体重大于 磅 167 178 189 205 218 231 244 257 273 286

则体重指数大于35

\*量表填好后，请电传至：(416) 603-5360