

姓名 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ 填表日期 \_\_\_\_\_

推薦醫生 \_\_\_\_\_ 推薦醫生電話 \_\_\_\_\_

## STOP BANG 量表

你睡眠時有打鼻鼾嗎? (Snore) 是  否

你白天感覺疲勞或困倦嗎? (Tired) 是  否

睡眠時有人發現你有呼吸暫停嗎? (Observed stop breathing) 是  否

你有高血壓嗎? (High blood Pressure) 是  否

請計算以上有多少“是”的答案, 並填在右邊方格裡

你的體重指數大於 35? (BMI) 是  否

你的年齡大過 50 歲?(Age) 是  否

你的頸圍超過 40 厘米? (Neck size) 是  否

你的性別? (Gender) 男  女

如果身高是	厘米	147	152	157	163	168	173	178	183	188	193
並且體重大於	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"
並且體重大於	磅	167	178	189	205	218	231	244	257	273	286

則體重指數大於 35

\*量表完成後, 請傳真到: (416) 603-5360