

核准機關：行政院主計總處
核准文號：主普管字第 1060400606 號
有效期間：至 107 年 6 月 30 日止
辦理機關：財團法人國家衛生研究院
衛生福利部國民健康署
倫審會通過案號：成大倫審會(會)字第 106-014-2 號

樣本編號：(訪員填寫)

| | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|-----|--|--|-----|
| C | | | | | | | | 1-8 |
| | 鄉鎮區代碼 | | | | 序列號 | | | |

民國 106 年
國民健康訪問調查面訪問卷(65 歲以上)
(適用 40 年 12 月 31 日以前出生者)

訪員填入樣本名冊提供之樣本個案基本資料

姓名 _____

生日 民國/前 _____ 年 _____ 月 _____ 日

戶籍地址 _____ 市/縣 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街
_____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

※指定樣本個案回答的附加題組 01+03 02

※指定樣本個案填寫的自填問卷 0S1 0S2

1. 請填入目前(開始)時間

_____ 時 _____ 分(採 24 小時制)

2. 樣本個案的現住地址 1 同戶籍地址 2 不同於戶籍地址。

3. 請將樣本個案電話、詳細現住地址填入訪問狀況紀錄表中。

(現住地址與戶籍地址相同者免填詳細現住地址)。

這個「國民健康訪問」調查，主要是希望瞭解您的健康狀況以及醫療保健服務利用情形，作為政府訂定衛生以及福利政策的參考。

您所提供的每一個答案，都是非常寶貴而且重要的資料，為了要蒐集真正能反應全國民眾健康的資料，所以請您一定要根據「您自己(或您所代答的人)的真實情況」來回答。謝謝您的合作。

A. 個人基本資料

【訪員注意】

【本問卷若由個案本人回答，以下均以「您」稱呼；若為代答者以第三人稱「他」稱之】

年齡

A1. 【訪員請先填本署提供的戶籍出生日期：民國 _____年____月____日】

A1_1 請問您的實際出生日期是否為民國 _____年____月____日

【訪員請唸出本署提供的戶籍出生年月日】

1 是

0 不是，請問您的實際出生日期是？

A1_1a. 1. 民國/2. 民前_____年____月____日 (1 國曆 2 農曆)

A1_1b. 不知實際出生日期，但知歲數或生肖：

現在滿_____足歲或生肖為_____

不清楚

性別

A2. 您的性別是：1 男性 2 女性

教育程度

A3. 請問您的最高學歷是什麼？教育程度代號：

【訪員注意：請填寫已畢業之最高學歷，肄業或就學中者則填入有完成一整個學年課程的教育年數代碼】

【請依下面的教育程度代號表，將教育程度所對應之教育年數填入】

| 代號 | 未受正規教育 | | 小學年級 | | | | | | 初中(職) | | | 高中(職) | | | 大學 (二三專)(二四技) | | | | 研究所及以上 | 空中行(商)專肄業 空中大學肄業 | 空中行(商)專肄業 | 不詳 |
|----|--------|----|-------------|----|----|----|----|----|-------------|----|----|------------------|----|----|----------------------------|----|----|----|-------------|---------------------|-----------|----|
| | 不識字 | 識字 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 一 | 二 | 三 | 一 | 二 | 三 | 一 | 二 | 三 | 四 | 17 | 91 | 92 | 99 |
| | 18 | 19 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 91 | 92 | 99 |
| | | | 初等科 (日制) | | | | | | 高等科 (日制) | | | 一 二 三 (五 專) | | | 四 五 空中行(商)專畢業 空中大學畢業 | | | | (中)醫、牙醫學系畢業 | | | |

國籍

A4. 請問您出生時是否為本國人

1 本國人

(包含雙重國籍)

2 非本國人但目前已歸化

(曾為外國籍但已歸化本國籍者)

A4_1. 請問您是閩南人、客家人、外省人、原住民還是金門、馬祖人？

1 本省閩南人

2 本省客家人

3 大陸省份(外省人)

4 原住民(A4_1_4. 族別：阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族(達悟族)、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族、其他)

5 金門、馬祖

6 其他【請記錄在訪問狀況記錄表】

A4_2. 請問您原本是哪國人？

1 大陸地區(不含港澳)

2 香港、澳門

3 越南籍

4 泰國籍

5 印尼籍

6 菲律賓籍

7 柬埔寨籍

8 其他國籍

居住安排

A5. 您目前是不是一個人住？ 0 不是

1 是【跳問 A6a】

A5a. 目前和您同住的有哪些人？【若無該類同住者，人數請補 0】

| | | | |
|--------|--------|----------------------|--------|
| a 父母 | _____位 | g 女婿 | _____位 |
| b 配偶父母 | _____位 | h 兄弟姊妹 | _____位 |
| c 配偶 | _____位 | i (內/外)祖父母 | _____位 |
| d 兒子 | _____位 | j (內/外)孫子女 | _____位 |
| e 媳婦 | _____位 | k 其他親戚 | _____位 |
| f 女兒 | _____位 | l 同儕朋友 (同學、朋友、同事) | _____位 |
| | | m 同儕以外其他非親戚 | _____位 |

A5b. 目前包含您自己在內，和您住在一起的總共有幾個人？_____人

婚姻狀況

A6a. 請問您目前的婚姻狀況是未婚、已婚且先生/太太同住或是其他什麼樣的情況？

0 從未結婚【跳問 A7a】

1 已婚，目前與配偶同住(指一年中 6 個月以上時間同住)

2 已婚，現在未經常與配偶同住(指一年中同住時間少於 6 個月)

3 目前已(正式)分居

4 離婚(未再婚)【跳問 A7a】

5 喪偶(未再婚)【跳問 A7a】

其他【跳問 A7a】

A6b. 請問您的先生/太太出生時是否為本國人？

- 1 本國人
(包含雙重國籍)
- 2 非本國人但目前已歸化
(曾為外國籍但已歸化本國籍者)
- 3 非本國人
(未持有本國身分證之外籍人士或持有外僑居留證、永久居留證、申請入境停留、居留及定居本國者)

A6b_1. 請問您的先生/太太是閩南人、客家人、外省人、原住民還是金門、馬祖人？

1 本省閩南人

2 本省客家人

3 大陸省份(外省人)

4 原住民(A6b_1_4. 族別：阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族(達悟族)、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族、其他)

5 金門、馬祖

6 其他【請記錄在訪問狀況記錄表】

A6b_2. 請問您的先生/太太原本是哪國人？

1 大陸地區(不含港澳)

2 香港、澳門

3 越南籍

4 泰國籍

5 印尼籍

6 菲律賓籍

7 柬埔寨籍

8 其他國籍

A6c. 您先生/太太的年齡多大？滿_____足歲(實足年齡)

A6d. 您先生/太太的最高學歷是什麼？教育程度代號：_____

【訪員注意：請填寫已畢業之最高學歷，肄業或就學中者則填入有完成一整個學年課程的教育年數代碼】

【請依下面的教育程度代號表，將教育程度所對應之教育年數填入】

| 代號 | 未受正規教育 | | 小學年級 | | | | | | 初中(職) | | | 高中(職) | | | 大學 (二三專)(二四技) | | | | 研究所及以上 | 空中大學肄業 | 空中行(商)專肄業 | 不詳 | | |
|----|--------|----|-------------|----|----|----|----|----|-------------|----|----|----------------|----|----|--------------------|----|----|----|--------|--------|-----------|----|--|--|
| | 不識字 | 識字 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 一 | 二 | 三 | 一 | 二 | 三 | 一 | 二 | 三 | 四 | 17 | 91 | 92 | 99 | | |
| 18 | 19 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 91 | 92 | 99 | | | |
| | | | 初等科 (日制) | | | | | | 高等科 (日制) | | | 一 二 三 (五 專) | | | 四 五 (空中行(商)專畢業) | | | | 空中大學畢業 | | 空中行(商)專畢業 | | | |

父母親國籍

A7a. 您的父親出生時是否為本國人？

1 本國人
(包含雙重國籍者)

2 非本國人但目前已歸化
(曾為外國籍但已歸化本國籍者)

3 非本國人
(未持有本國身分證之外籍人士或持有外僑居留證、永久居留證、申請入境停留、居留及定居本國者)

A7a_1. 請問您父親是閩南人、客家人、外省人、原住民還是金門、馬祖人？

1 本省閩南人

2 本省客家人

3 大陸省份(外省人)

4 原住民(A7a_1_4. 族別：阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族(達悟族)、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族、其他)

5 金門、馬祖

6 其他【請記錄在訪問狀況記錄表】

A7a_2. 請問您的父親原本是哪國人？

1 大陸地區(不含港澳)

2 香港、澳門

3 越南籍

4 泰國籍

5 印尼籍

6 菲律賓籍

7 柬埔寨籍

8 其他國籍

A7b. 您的母親出生時是否為本國人？

1 本國人
(包含雙重國籍者)

2 非本國人但目前已歸化
(曾為外國籍但已歸化本國籍者)

3 非本國人
(未持有本國身分證之外籍人士或持有外僑居留證、永久居留證、申請入境停留、居留及定居本國者)

A7b_1. 請問您的母親是閩南人、客家人、外省人、原住民還是金門、馬祖人？

1 本省閩南人

2 本省客家人

3 大陸省份(外省人)

4 原住民(A7b_1_4. 族別：阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族(達悟族)、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族、卡那卡那富族、其他)

5 金門、馬祖

6 其他【請記錄在訪問狀況記錄表】

A7b_2. 請問您的母親原本是哪國人？

1 大陸地區(不含港澳)

2 香港、澳門

3 越南籍

4 泰國籍

5 印尼籍

6 菲律賓籍

7 柬埔寨籍

8 其他國籍

宗教信仰

A8a. 請問您信仰什麼宗教(信什麼教)?

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 沒有信任何宗教 | <input type="checkbox"/> 5 天主教 |
| <input type="checkbox"/> 1 民間傳統宗教信仰 | <input type="checkbox"/> 6 一貫道 |
| <input type="checkbox"/> 2 道教 | <input type="checkbox"/> 7 回教 |
| <input type="checkbox"/> 3 佛教 | <input type="checkbox"/> 8 其他宗教 |
| <input type="checkbox"/> 4 基督教 | |

B、個人健康狀態

前言：接下來，我要來請教關於您的健康情形

【訪員查核】

B1_0. B1a~B1c 題目需由樣本個案本人回答，請確認受訪者是否為樣本個案本人

0 否 【跳問 B1d】 1 是【續問 B1a】

自評健康狀況

★B1a. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是：

1 很好 2 好 3 普通 4 不好 5 很不好

★B1b. 過去一個月，您有沒有愈來愈疲勞、無力的感覺？

0 沒有 1 有

★B1c. 過去一個月，您有沒有身體愈來愈衰弱的感覺？

0 沒有 1 有

B1d. 請問您現在是否有因健康問題而造成日常活動受到限制，並且已經超過 6 個月以上？若有，此限制有多嚴重？

0 沒有健康問題
1 有健康問題，但沒有受到限制
2 有受到限制，但不嚴重
3 受到嚴重的限制

前言：接下來我會問到一些台灣民眾常見的疾病狀況，您看起來很健康(年輕)，但是為了要瞭解一般人的健康情形，所以我們還是會逐一問您這些題目。

老年慢性疾病狀況

B2a. 您有任何已經持續了 6 個月以上，或預期將會持續 6 個月以上的慢性疾病或健康問題嗎？

0 沒有 1 有

B2b. 【訪員查核】 請問 B2a 題是由誰回答？

1 個案本人 2 代答者

高血壓

B3. 您是不是曾經患有高血壓？【不包括懷孕時發生但產後痊癒的高血壓】

0 沒有

1 有

不知道

↓
【跳問 B4】

↓
【跳問 B4】

B3a. 是不是醫護人員告訴您的？

0 不是

1 是

B3b. 目前醫師是否有開降血壓的藥給您服用？

0 沒有 【跳問 B4】 1 有 →

B3b_1. 您現在有沒有在服用醫師處方的降血壓藥？

0 沒有

2 經常或按時服用

1 偶爾或必要時服用

糖尿病

B4. 您是否曾經患有糖尿病呢？【不包括懷孕時發生但產後痊癒的糖尿病】

0 沒有

1 有

不知道

↓
【跳問 B5】

↓
【跳問 B5】

B4a. 是不是醫護人員告訴您的？

0 不是

1 是

B4b. 您是在滿幾歲時知道您有糖尿病的？ _____ 足歲時

B4c. 目前是否有使用醫師開給您的糖尿病藥物？

0 沒有 【跳問 B4d】

1 有 → B4c_1. 您目前是使用哪一種醫師處方藥物？【可複選】

a 注射胰島素

b 口服降血糖的藥物

B4d. 您平均多久做一次抽血(驗血糖)檢查？

1 至少每月 1 次

3 至少半年 1 次

5 不定期

2 至少 3 個月一次

4 至少 1 年 1 次

B4e. 最近一年內，您有沒有因為糖尿病特別去做眼底(視網膜)檢查？

0 沒有

1 有

B4f. 最近一年內，您有沒有因為糖尿病特別去驗尿做腎功能的檢查？

0 沒有【跳問 B4g】

1 有

B4f_1. 是否有檢查微量白蛋白？

0 沒有驗微量白蛋白

1 有驗微量白蛋白

2 不清楚

B4g. 最近一年內，您有沒有因為糖尿病特別去做糖化血色素檢查(三個月的平均血糖檢查)？

0 沒有

1 有

不知道

B4h. 您有沒有因為要控制糖尿病，自我驗血糖？

0 沒有【跳問 B4i】

1 有

B4h_1. 您平均幾天做 1 次血糖自我檢查？

1 每天/一天好幾次 4 一個星期或超過一星期才一次

2 2~3 天才一次 5 每月至少一次

3 4~6 天才一次

B4i. 您有沒有因為要預防糖尿病的併發症，注意自己的足部保養？

0 沒有

【跳問 B5】

★B4i_1. 您如何注意自己的足部保養？

【依個案自述打勾，不提示，可複選】

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

a 每天檢查雙腳

e 不用刀片割雞眼(硬肉)

b 不要赤腳走路

f 保持腳的清潔及乾燥

1 有

c 鞋頭要寬

g 穿棉質襪

d 指甲要修剪，不可短於指頭邊緣線

h 其他保養方法

高血脂

B5. 您是不是曾經有過血液脂肪(血油)過高(即膽固醇或三酸甘油酯過高)的問題呢?

0 沒有

1 有

不知道



【跳問 B6_0】

【跳問 B6_0】

B5a. 是不是醫護人員(含醫檢師)告訴您的?

0 不是

1 是

B5b. 目前醫師是否有開降血脂(降血油)的藥給您服用?

0 沒有

1 有

B5b_1. 您現在有沒有在服用醫師處方降血脂(降血油)的藥?

0 沒有

2 經常或按時服用

1 偶爾或必要時服用

三高控制

B6_0. 【系統查核】請將前面樣本個案有的疾病，在下列疾病名單中打勾，不可遺漏：

1 高血壓

2 糖尿病

3 高血脂

0 都沒有或都不知道【跳問 B7】

B6a. 從上面您所告訴我的，您說您有三高疾病(高血壓、糖尿病或高血脂)，請問您平常生活中有沒有量血壓/量血糖/量血脂?(若有)多久量一次?

(註：糖尿病病人「2量血糖」免問)

| | 1. (幾乎)沒有 | 2. 至少每年1次 | 3. 至少半年1次 | 4. 至少三個月1次 | 5. 至少每個月1次 | 6. 每月2-3次 | 7. 每週1-2次 | 8. 幾乎每天量 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 量血壓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 量血糖 (<input type="checkbox"/> 糖尿病病人免問) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 量血脂 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

★B6b. 除此之外，目前您是不是有以日常生活行為來控制三高疾病(高血壓、糖尿病或高血脂)?【依個案自述、不提示，可複選】【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

a 控制體重

e 飲食控制(避免動物性脂肪與高膽固醇食物、多吃高纖維食物、少量多餐、少油少鹽等)

b 少吸菸

f 生活規律、避免熬夜、放鬆壓力等生活調適

c 少飲酒

g 打坐、太極、氣功等

d 養成運動習慣

h 其他控制方法

i 都沒有

中風

B7. 您是不是曾經有發生過中風(腦溢血或腦血栓)的情形?

0 沒有

1 有，共_____次

不知道



【跳問 B8】



【跳問 B8】

B7a. 您那(第)一次發生中風時，是不是醫護人員告訴您的？

0 不是

1 是

B7b. 您是什麼時候發生那(第)一次中風的？

1 民國_____年_____月

2 或 _____年前

B7c. 那(第)一次發生時，有沒有送醫？

0 沒有 【跳問 B8】

1 有 →

B7c_1. 在什麼徵兆下送醫的？【可複選】

a 突如其來單側肢體的虛弱或麻木

e 眩暈

b 理解語言或運用文字有困難

f 出現視力問題

c 劇烈頭痛

g 其他徵兆

d 失去平衡

氣喘

B8. 您是否曾經被醫師診斷有氣喘病？

0 否



【跳問 B9】

1 是



不知道



【跳問 B9】

不確定



【跳問 B9】

B8a. 第一次醫師診斷您有氣喘病時，當時您是幾歲？

1 10 歲及 10 歲以下 2 11 歲及 11 歲以上 不知道 不確定

B8b. 過去的 12 個月內，您氣喘病是否有發作過？

0 否【跳問 B9】 1 是【續問 B8c】 不知道【跳問 B9】 不確定【跳問 B9】

B8c. 過去的 12 個月內，醫師是否指示需定期回門診追蹤？【若有】您是否依照醫師的指示定期回門診追蹤？

0 醫師未指示需定期追蹤 不知道

1 醫師有指示，但沒有定期回門診追蹤 不確定

2 醫師有指示應定期追蹤，也有定期回門診追蹤，共_____次

B8d. 過去的 12 個月內，您是否有因為氣喘發作而到門診就醫？

0 否 1 是，共_____次 不知道 不確定

B8e. 過去的 12 個月內，您是否曾因為氣喘發作而到急診就醫？

0 否 1 是，共_____次 不知道 不確定

B8f. 過去的 12 個月內，您是否曾因為氣喘病情惡化而住院治療？

0 否 1 是，共_____次 不知道 不確定

B8g. 過去的 12 個月內，您是否因為氣喘病的關係，無法上班或從事日常生活的活動？

【若有】請問是幾天？

0 否 1 是，共_____天 不知道 不確定

B8h. 請問當您氣喘發作時，您通常都怎麼處理？

1 使用吸入型藥物來緩解症狀 4 立即就醫

2 吃醫師開立的處方藥 5 沒有處理

3 上述兩種藥物皆有

B8i. 您平常是否使用「尖峰呼氣流速計」測量肺功能？【若有】是偶爾還是經常使用？

0 不曾使用 1 偶爾使用 2 經常使用

其他慢性疾病

B9. 最近一年內，您有沒有下列我所提到的病症？【訪員注意：請逐項詢問下表每一項疾病，若「有」該項疾病，務請往右續問表中接續之問題】。

| 疾病名稱 | B9_1. 最近一年內，您是否曾有過這種病症？ | | B9_2. 是否經過醫師診斷？ | | B9_3. 過去一年有無因此病看醫生？ | | B9_4. 您現在還有這個病症嗎？ | | B9_5. 現在有無在服藥或治療？ | | | B9_6. 此病對您日常生活活動影響程度多大？ | | |
|---------------------------|-------------------------|--------|---------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------|-------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|
| | 0 沒有 或 不知道 | 1 有 | 0 未經 醫師 診斷 | 1 經 醫師 診斷 | 0 沒有 因此 病看 醫生 | 1 有 因此 病看 醫生 | 0 沒有 | 1 有 | 0 沒有 | 1 偶爾 或必 要時 有 | 2 經常 或按 時有 | 0 沒有 影響 | 1 有點 不便 | 2 相當 不便 |
| 1 心臟疾病 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 2 痛風 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 3 胃潰瘍或十二指腸潰瘍 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 4 腎臟疾病(不包括腎癌) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 5 慢性阻塞性肺疾病(肺氣腫、慢性支氣管炎) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 6 肝膽疾病(不包括肝癌、膽囊癌) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 7 骨質疏鬆 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | → | | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 8 癌症#(1)_____ | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 9 癌症#(2)_____ | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 10 關節炎 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 11 精神疾病(含憂鬱症、焦慮症、躁鬱症等) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 12 非癌症之攝護腺問題 【限問男性】 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 13 髖骨骨折 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 14 脊椎骨骨刺 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 15 貧血 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 16 癩癩 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 17 帕金森氏症 【可與家屬確認】 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | → | | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 18 失智症(或老年痴呆) 【可與家屬確認】 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | → | | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 19 子宮卵巢疾病(不包括子宮卵巢癌)【限問女性】 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |

癌症的名稱與代碼：

| | | | | |
|----------|--------|---------|---------|-------------|
| 1 肝癌 | 5 胃癌 | 9 皮膚癌 | 13 甲狀腺癌 | 17 淋巴癌 |
| 2 肺癌 | 6 攝護腺癌 | 10 鼻咽癌 | 14 卵巢癌 | 18 其他癌症 |
| 3 結腸及直腸癌 | 7 膀胱癌 | 11 子宮頸癌 | 15 子宮癌 | 19 不知道癌症的部位 |
| 4 口腔癌 | 8 食道癌 | 12 乳癌 | 16 血癌 | 20 腎癌 |

視力

B10a. 您目前是否有下列的視力問題或是眼睛方面的疾病，並且是經醫師診斷後或驗光師告訴您的？【逐項詢問】

| 問題或疾病 | 目前是否有此病症 | | 問題或疾病 | 目前是否有此病症 | |
|-----------|---------------------------|--------|-------|---------------------------|--------|
| | 0 沒有 或不確定 或沒做過檢查 | 1 有 | | 0 沒有 或不確定 或沒做過檢查 | 1 有 |
| a. 近視 | 0 | 1 | d. 遠視 | 0 | 1 |
| b. 高度近視 | 0 | 1 | e. 色盲 | 0 | 1 |
| c. 亂視(散光) | 0 | 1 | | | |
| | | | | | |

B10b. 您目前是否有下列的視力問題或是眼睛方面的疾病，並且是經醫師診斷後告訴您的？【逐項詢問】

| 問題或疾病 | 目前是否有此病症 | | 問題或疾病 | 目前是否有此病症 | |
|--------|---------------------------|--------|---------------|---------------------------|--------|
| | 0 沒有 或不確定 或沒做過檢查 | 1 有 | | 0 沒有 或不確定 或沒做過檢查 | 1 有 |
| f. 斜視 | 0 | 1 | l. 老年性黃斑部退化 | 0 | 1 |
| g. 弱視 | 0 | 1 | m. 近視性黃斑部退化 | 0 | 1 |
| h. 白內障 | 0 | 1 | n. 不明原因之黃斑部退化 | 0 | 1 |
| i. 青光眼 | 0 | 1 | o. 糖尿病視網膜病變 | 0 | 1 |
| j. 老花眼 | 0 | 1 | p. 失明 | 0 | 1 |
| k. 飛蚊症 | 0 | 1 | q. 其他眼疾 | 0 | 1 |
| | | | | | |

【訪員查核】

B10c_0. 請確認 B10c~B10d 題由誰回答：0 代答者 1 樣本個案本人

B10c. 請問您平常有沒有戴眼鏡？

1 有

0 沒有

拒答

不知道

B10c_a. 請問您戴著眼鏡看東西有困難嗎？

B10c_b. 請問您看東西有困難嗎？

1 沒有困難 **【跳問 B11】**

3 相當困難

拒答 **【跳問 B11】**

2 有點困難

4 完全看不見

不知道 **【跳問 B11】**

B10d. 請問是否曾有醫師告訴過您，您視力差、很差或完全失明是因為那一種視力問題或是眼睛方面的疾病引起的？

0 否

1 是，請勾選那一種視力問題或是眼睛方面的疾病？ **【可複選】**

拒答

不知道

a 近視

e 色盲

i 青光眼

m 近視性黃斑部退化

b 高度近視

f 斜視

j 老花眼

n 不明原因之黃斑部退化

c 亂視(散光)

g 弱視

k 飛蚊症

o 糖尿病視網膜病變

d 遠視

h 白內障

l 老化性黃斑部退化

p 失明

q 其他眼疾

牙齒健康

B11. 如果不算智齒，在您原有的 28 顆牙齒當中，有沒有任何 1 顆已經脫落或拔除？

- 0 沒有【跳問 B11b】 1 有，已脫落或拔除_____顆 2 全口缺牙

【訪員注意：已脫落或拔除是指完全看不到牙齒；剩半顆、剩牙根都不算缺牙】

B11a. 您有沒有裝假牙？【b 與 c 可複選】

- a 沒有任何假牙【跳問 B11b】 b 有，活動式假牙 c 有，固定式假牙

B11a_1. 是部分活動式或全口活動式？

- 1 部分
2 全口【跳問 B11b】

B11a_2. 您有沒有植牙？

- 0 沒有
1 有，_____顆

B11b. 您通常一天刷牙(或清潔活動假牙)幾次？

- 1 _____次 0 都沒有【跳問 B11d】

B11c. 您通常什麼時候刷牙(或清潔活動假牙)呢？【可複選】

- a 早上起床後 e 每次吃完點心後
b 早餐後 f 睡覺前(當天最後一次吃完東西後)
c 午餐後 g 其他時間
d 晚餐後

B11d. 請問您平常有沒有用牙線清潔牙縫的習慣(牙籤、牙間刷不算)？

- 0 沒有在用 2 (幾乎)每天都有用
1 偶爾用 3 樣本個案為全口假牙【跳問 B11f】

B11e. 請問您平常有沒有固定(大約)每半年到牙醫診所洗牙的習慣？

- 0 沒有 1 有

★B11f. 請問您覺得您的牙齒(包括裝假牙者)功能狀況是非常不好、不好、普通、好，或非常好？【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 非常不好 2 不好 3 普通 4 好 5 非常好

B11g. 請問您會不會因為牙齒狀況、咀嚼或吞嚥的問題，而限制您吃東西的種類？是從來不會、很少會、有時會、時常會，或一直會？(例如因牙齒不好，想吃的東西無法吃)

- 1 從來不會 2 很少會 3 有時會 4 時常會 5 一直會

行動能力

B12a. 請問如果一定要做的話，在「沒有人幫忙，也沒有使用器具輔助」的情況下，是否因老化或健康問題而使您獨自做下列活動有困難？【本大題是問能力，而非實際有沒有做，若從未做過則問：如果一定要您做時…….】

| | B12. 是否因老化或健康問題而使您獨自做下列活動有困難？ | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| | 0 沒 有 困 難 | 1 有 些 困 難 | 2 非 常 困 難 | 3 完 全 不 能 做 |
| 1 彎腰、跪下或蹲下 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 從一房間走到另一房間 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 爬十階之樓梯 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 走 400 公尺（相當於標準操場 1 圈，國中小操場 2 圈） | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 用手指抓握東西 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 單手提四公斤半重物（約 7.5 台斤） | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 雙手舉起手臂超過頭 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 用手轉動鑰匙開鎖 | 0 | 1 | 2 | 3 |

B12b. 請問您在不用扶手的情況下是否可以從椅子連續站起來 5 次？

1 可以 0 不可以 不知道

日常生活活動評估 ADLs

B13. 請問在「沒有人幫忙，也沒有使用器具輔助」的情況下，您獨自做下列活動是否有困難？【只要回答有困難者，都要續問 B13a、B13b 及 B13d 題】

B13a. 主要是什麼原因造成這項活動有困難？

B13b. 是否使用輔具？

B13c. 主要使用哪一種輔具？

B13d. 是否有人協助？

B13e. 主要由誰提供該項協助？

| | B13. 請問在「沒有人幫忙，也沒有使用器具輔助」的情況下，您獨自做下列活動是否有困難？ | | | | B13a. 主要是什麼原因造成這項活動有困難？ | | B13b. 是否使用輔具？ | | B13c. 主要使用哪一種輔具？ | B13d. 是否有人協助？ | | B13e. 主要由誰提供該項協助？ |
|--------|--|-----------|-----------|------------|-------------------------|-----------|----------------------|---------------------|------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| | 0 沒有困難 | 1 有些困難 | 2 非常困難 | 3 完全不能做 | 寫出原因 | * 原因代號 | 0 沒有 【跳問 B13d】 | 1 有 【續問 B13c】 | ※ 輔具代號 | 0 沒有 【跳問下一項】 | 1 有 【續問 B13e】 | ◎ 照顧者代號 |
| 1 進食 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |
| 2 洗澡 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |
| 3 穿脫衣服 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |
| 4 上廁所 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |
| 5 上下床 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |
| 6 室內走動 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 0 | 1 | | 0 | 1 | |

*原因代號：

01 慢性疾病，如中風 03 老邁 05 先天畸形或病變 07 其他原因
02 事故傷害 04 身體衰弱 06 截肢 98 不知道原因

※輔具代號：

01 柺杖、手杖 04 電動車 07 矯正鞋、支架 10 沐浴座椅 13 文書輔具類
02 助行器 05 移位機 08 便器椅 11 餐飲輔具類 14 其他輔具
03 輪椅 06 床欄 09 尿壺、便盆 12 穿著輔具類

◎照顧者代號：

01 配偶 04 女兒 07 孫女 10 姊妹 13 孫媳婦 16 雇用的特別護士、看護或幫傭
02 兒子 05 女婿 08 父母 11 公婆 14 孫女婿 17 其他親戚
03 媳婦 06 孫子 09 兄弟 12 岳父母 15 朋友 18 其他人

工具性日常生活活動評估 IADLs

B14. 請問在「沒有人幫忙，也沒有使用器具輔助」的情況下，是否因老化或健康問題而使您獨自做下列活動有困難？【本大題是問能力，而非實際有沒有做，若從未做過則問：如果一定要您做時……】

| | B14. 是否因老化或健康問題而使您獨自做下列活動有困難？ | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|------------|
| | 0 沒有困難 | 1 有些困難 | 2 非常困難 | 3 完全不能做 |
| 1 煮飯做菜 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 外出買東西 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 使用電話（可以完整的撥、接電話） | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 服用藥物（可自行按時正確吃藥） | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 做輕鬆家務(如洗碗、燙衣服、倒垃圾等) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 洗衣服 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 打掃家裡(指較粗重的家務，包括擦窗戶、擦地等) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 理財(清楚並且可以掌管自己的金錢) | 0 | 1 | 2 | 3 |

失能題組【Washington Group - Extended Question Set on Functioning】

【系統查核】

樣本個案沒有任何一項 ADL(B13)和 IADL(B14)有困難，請接說明 1。

樣本個案有任何一項 ADL(B13)和 IADL(B14)有困難，請接說明 2。

說明 1、

謝謝您的回答，由剛才的訪問，我們知道您日常的活動能力相當不錯，現在我想再詳細一點了解您做不同活動的能力，以及您感覺或情緒方面的問題。雖然可能會與之前已回答的問題有點像，但重要的是，我們希望能更完整的了解您的情況，非常謝謝您。

說明 2、

謝謝您的回答，由剛才的訪問，我們知道您部份日常的活動能力有些困難，現在我想再更詳細一點了解您做不同活動的能力，以及與您感覺或情緒方面的問題。雖然可能會與之前已回答的問題有點像，但重要的是，我們希望能更完整的了解您的情況，非常謝謝您。

聽力

B15. 請問您平常有沒有使用助聽器？ 1 有

2 沒有 拒答 不知道

B15_a. 請問您多常使用助聽器？是總是使用？有時使用？很少使用？

- 1 總是使用 3 很少使用 拒答
2 有時使用 不知道

B15_a1. 請問您聽聲音有困難嗎？即使是在有使用助聽器的情況。

- 1 沒有困難 3 相當困難
2 有點困難 4 完全聽不見【跳問 B16a】

B15_a2. 請問您在一間安靜的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？即使是在有使用助聽器的情況下。

- 1 沒有困難 3 相當困難
2 有點困難 4 完全聽不見【跳問 B16a】

B15_a3. 請問您在一間較吵的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？即使是在有使用助聽器的情況下。

- 1 沒有困難 3 相當困難
2 有點困難 4 完全聽不見

B15_b1. 請問您聽聲音有困難嗎？

- 拒答
 不知道

B15_b2. 請問您在一間安靜的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？

- 拒答
 不知道

B15_b3. 請問您在一間較吵的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？

- 拒答
 不知道

行動力

B16a. 請問您走路或爬樓梯有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B16b. 您需要使用輔具或他人幫助來四處走動嗎？

- 1 需要 0 不需要 拒答 不知道



【跳問 B16b_b1】

B16b_a. 您是否有使用以下這些輔具或協助。

B16b_a1. 您有使用拐杖或手杖嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道



B16b_a2. 您有使用助行器嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道



B16b_a3. 您有使用(支在腋下的)丁形拐杖嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道



B16b_a4. 您有使用輪椅或電動代步車嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道

B16b_a5. 您有使用義肢嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道

B16b_a6. 有他人協助您行走嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道

B16b_a7. 您有使用其他設備協助行走嗎？

- 1 有
0 沒有
 拒答
 不知道

B16b_b1. 在沒有使用任何輔具、或幫助的情形下，您在平地上走 100 公尺(大約是小學操場半圈或一個街口的距離)會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 **【跳問 B16c】** 不知道

B16b_b2. 在沒有使用任何輔具、或幫助的情形下，您在平地上走 500 公尺(大約是小學操場兩圈半或五個街口的距離)會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B16b_b3. 請問您上或下 12 階樓梯會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

【系統查核】

1. 若 B16b 回答不需要使用輔具或他人幫助來四處走動、拒答或不知道，答完 B16b_b3 後跳問溝通的 B17a
2. 若 B16b_a4 回答 1，有使用輪椅或電動代步車，跳問溝通的 B17a

B16c. 在有使用任何輔具、或幫助的情形下，您在平地上走 100 公尺(大約是小學操場半圈或一個街口的距離)會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 **【跳問 B17a】** 不知道

B16d. 在有使用任何輔具、或幫助的情形下，您在平地上走 500 公尺(大約是小學操場兩圈半或五個街口的距離)會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

溝通

B17a. 請問您說話是否有困難？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B17b. 您是否使用手語？

- 1 是 0 否 拒答 不知道

B17c. 當您使用慣用的語言與別人溝通時，是否會有困難，例如：您了解別人說的或別人也了解您說的？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

認知

B18a. 請問您是否有記憶力上的困難或覺得沒有辦法專心？

- 1 沒有困難 **【跳問 B19a】** 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B18b. 請問您是有記憶上的困難，還是沒有辦法專心，或是兩者都有困難呢？

- 1 有記憶上的困難 3 記憶、專注力都有困難 不知道
2 難以專心 **【跳問 B19a】** 拒答

B18c. 請問您多常有記憶力上的困難？是有時有？經常有？或是總是有困難？

- 1 有時有困難 3 總是有困難 不知道
2 經常有困難 拒答

B18d. 請問您是在少數事情、許多事情、或是幾乎所有事情上都有記憶上的困難？

- 1 少數事情 3 幾乎所有事情 不知道
2 許多事情 拒答

自我照護與活動

B19a. 請問您在自我照顧上有困難嗎，例如吃飯、穿脫衣服、站立、室內走動、上廁所、洗澡？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B19b. 請問您把一個裝滿 2 公升水的瓶子從腰間舉到眼睛高度會有困難嗎？

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

B19c. 請問您使用手及手指有困難嗎？例如拿起小東西(像是一個鈕扣或鉛筆之類的)，或是打開、旋上容器與瓶子。

- 1 沒有困難 3 相當困難 拒答
2 有點困難 4 完全做不到 不知道

焦慮

B20a. 請問您多常會感到擔心、緊張或焦慮？

- 1 每天
- 2 每週
- 3 每月
- 4 一年中有幾次
- 拒答
- 不知道
- 5 從來沒有 【跳問 B21a】

B20a_1. 請問您有因為擔心、緊張或焦慮等情緒而服用藥物嗎？

- 1 有
- 2 沒有
- 拒答
- 不知道

【續問 B20b】

B20b. 請您回想最近一次感到擔心、緊張或焦慮的情形，當時這些感覺有多強烈？

- 1 有點擔心、緊張或焦慮
- 2 非常擔心、緊張或焦慮
- 3 介於有點與非常之間
- 拒答
- 不知道

沮喪

B21a. 請問您多常會感到憂鬱、沮喪？

- 1 每天
- 2 每週
- 3 每月
- 4 一年中有幾次
- 拒答
- 不知道
- 5 從來沒有 【跳問 B22a】

B21a_1. 請問您有因為憂鬱、沮喪而服用藥物嗎？

- 1 有
- 2 沒有
- 拒答
- 不知道

【續問 B21b】

B21b. 請您回想最近一次感到憂鬱、沮喪的情形，當時的感覺有多強？

- 1 有點憂鬱、沮喪
- 2 非常憂鬱、沮喪
- 3 介於有點與非常之間
- 拒答
- 不知道

疼痛

B22a. 在過去三個月內，請問您多常感到疼痛？

- 1 從來沒有 【跳問 B23a】
- 2 有時候有
- 3 多數日子有
- 4 每天都有
- 拒答
- 不知道

B22b. 請您回想最近一次感到疼痛的情形，當時感到疼痛的程度有多嚴重？

- 1 有點痛
- 2 非常痛
- 3 介於有點與非常之間
- 拒答
- 不知道

疲倦

B23a. 在過去三個月內，請問您多常感到非常疲倦或精疲力盡？

- 1 從來沒有【跳問 C1】 3 多數日子有 拒答
2 有時候有 4 每天都有 不知道

B23b. 請您回想最近一次感到非常疲倦或精疲力盡時的情形，當時它持續了多久？

- 1 一天中的部份時間 3 整天 不知道
2 一天中的多數時間 拒答

B23c. 請您回想最近一次感到疲倦時的情形，您覺得當時感到疲倦的程度是如何？

- 1 有點疲倦 3 介於有點與非常之間 不知道
2 非常疲倦 拒答

C. 醫療與預防保健服務利用情形

前言：接下來，我想請教一些您在醫療與預防保健服務的利用情形。

醫療利用

C1. 在過去一年內，您是否曾經覺得自己因健康問題而需要接受醫學檢查或治療，但實際上卻沒有去？

- 0 否，從來沒有過【跳問 C2】 1 是，曾發生過_____次



C1a. 請問您為什麼沒有去接受醫學檢查或治療？【可複選】

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a 醫院或診所太遠，或交通不便 | <input type="checkbox"/> f 就算去看醫生也沒有用 |
| <input type="checkbox"/> b 負擔不起 | <input type="checkbox"/> g 沒有參加全民健保或健保卡遺失 |
| <input type="checkbox"/> c 等候掛號或看診的時間太久 | <input type="checkbox"/> h 自行服藥 |
| <input type="checkbox"/> d 工作或家事太忙，沒有時間 | <input type="checkbox"/> i 害怕檢查結果，心裡會擔心 |
| <input type="checkbox"/> e 家人沒有空帶您去看病 | <input type="checkbox"/> j 其他原因 |

急診利用

C2. 過去一年內，您有沒有因為身體不舒服而到醫院掛急診呢？

- 0 沒有【跳問 C3】 1 有



C2a. 過去一年內，您總共看過幾次急診？ _____次

C2b. 過去一年內，您曾經因為什麼原因到醫院掛急診？【可複選】

- a 緊急傷病
- b 一般門診未開診
- c 掛不到該醫院的門診
- d 覺得這樣比去門診較快能得到醫療服務
- e 覺得這樣可以比較快得到住院病床
- f 其他

住院利用

C3. 過去一年內，您有沒有住院過呢？【不包括住院接受健康檢查】

0 沒有【跳問 C4】

1 有



C3a. 過去一年內，您總共住院幾次？ _____次

牙醫門診利用

C4 過去一年內，您有沒有去找牙醫看過牙呢？

0 沒有【跳問 C5】

1 有



C4_1. 過去一年內，您總共看過幾次牙醫？ _____次

C4_2. 最近一次您去看牙醫是因為口腔檢查、牙齒有不舒服或是其他原因呢？

1 定期檢查或口腔健康檢查 2 牙齒或口腔不舒服 3 其他原因

C4_2a. 那請問醫師做了什麼處置【可複選】？

a 例行性檢查

f 牙周病治療

k 齒顎矯正

b 洗牙

g 拔牙

l 外傷治療

c 塗氟

h 裝置及修補假牙、牙套

m 其他處置

d 補牙

i 植牙

e 根管治療

j 牙齒美白

西醫門診利用

C5. 過去一個月內，您有沒有去醫院或診所看過西醫門診呢？【不含產前檢查、健康檢查、住院、急診、牙醫門診之牙齒保健與治療，亦不包括未給醫師看診的連續處方箋拿藥】

0 沒有【跳問 C6】

1 有



C5a. 過去一個月內，您總共看過幾次西醫醫院門診？ _____次

C5b. 過去一個月內，您總共看過幾次西醫診所的門診？ _____次

中醫門診利用

C6. 過去一個月內，您有沒有去看過中醫門診(不包含中藥房、國術館與接骨所)?

0 沒有【跳問 C7】

1 有



C6a. 過去一個月內，您總共看過幾次中醫門診? _____次

檢查與預防保健

C7. 請問過去一年內，您有沒有做過下列檢查?【逐項探問】

| 檢查項目 | C7a. 過去一年內， 您有沒有做過 【唸出左列項目】? | | C7b. 您是否知道最近一次的【唸出左 列項目】結果如何? 正不正常? | | |
|----------------------|------------------------------------|-------------------|--|---------|-----|
| | 0 沒有/不確定 【跳下一題】 | 1 有 └─→ | 1 正常 | 2 異常 | 不知道 |
| 1 量血壓 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 2 抽血/扎針驗空腹血糖 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 3 抽血/扎針驗飯後血糖 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 4 血脂肪檢驗 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 5. 抽血驗 B 肝(HBsAg) | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 6. 抽血驗 C 肝(anti_HCV) | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |

健康檢查

C8. 請問您在過去一年中是否有作過健康檢查？

- 0 沒有【跳問 C9】 1 有 不清楚【跳問 C9】



C8a. 您接受的健康檢查是屬於下列何種？【可複選】

- a 政府提供的免費健康檢查服務(成人預防保健服務)
【跳問 C10a】(註：因為有用過應表示他知道有此服務)
- b 勞工體檢
- c 公務人員健康檢查
- d 學校提供之體檢
- e 兵役體檢
- f 自費型健康檢查(含保險公司提供之健康檢查)
- g 其他健康檢查

政府提供免費成人預防保健服務利用情形

★C9. 您知不知道政府有提供 65 歲以上的民眾，每年一次免費的健康檢查(成人預防保健服務)？【本題限本人回答，非本人請點選保留碼】

- 0 不知道【跳問 C10a】 1 知道

C9a. 過去一年，您是否曾經利用過政府提供的免費健康檢查服務(成人預防保健服務)？

- 0 沒有 1 有【跳問 C10a】 不清楚【跳問 C10a】



C9b. 請問您過去一年不曾利用政府提供的免費成人健康檢查(成人預防保健)服務的原因為何？【可複選】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a 覺得自己不需要檢查 | <input type="checkbox"/> h 害怕檢查結果，心裡會擔心 |
| <input type="checkbox"/> b 工作單位已提供 | <input type="checkbox"/> i 交通不便 |
| <input type="checkbox"/> c 不知道要去哪裡檢查/不知道哪裡有提供 | <input type="checkbox"/> j 忘記要檢查 |
| <input type="checkbox"/> d 附近沒有提供此健檢服務之診所及醫院 | <input type="checkbox"/> k 沒空 |
| <input type="checkbox"/> e 以為此健檢服務仍須付錢 | <input type="checkbox"/> l 沒健保 |
| <input type="checkbox"/> f 此健檢服務項目太少，效果不好 | <input type="checkbox"/> m 已另外做檢查 |
| <input type="checkbox"/> g 免費的健檢，不會認真檢查 | <input type="checkbox"/> n 其他原因 |

預防注射

C10a. 過去一年內，您有沒有接種過流感疫苗預防注射呢？

0 沒有【跳問 C10b】

1 有

C10a_1 請問您接種流感疫苗的原因？【可複選】

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 可以讓身體健康 | <input type="checkbox"/> d 因為政府鼓勵 | <input type="checkbox"/> g 免費 |
| <input type="checkbox"/> b 害怕得到流感 | <input type="checkbox"/> e 因為家人/親友勸導鼓勵 | <input type="checkbox"/> h 其他 |
| <input type="checkbox"/> c 害怕傳染流感給家人 | <input type="checkbox"/> f 因為衛生所/診所的醫護人員勸導 | |

C10a_2 請問您接種流感疫苗後，有出現下列症狀嗎？【可複選】

- | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 接種部位局部疼痛、紅腫 | <input type="checkbox"/> d 倦怠感 | <input type="checkbox"/> g 沒有 |
| <input type="checkbox"/> b 發燒 | <input type="checkbox"/> e 過敏 | |
| <input type="checkbox"/> c 肌肉酸痛 | <input type="checkbox"/> f 其他 | |

C10b 請問您未接種流感疫苗的原因？【可複選】

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 覺得疫苗沒有效 | <input type="checkbox"/> d 沒有時間 | <input type="checkbox"/> g 其他 |
| <input type="checkbox"/> b 覺得感染後症狀不嚴重 | <input type="checkbox"/> e 錯過接種排程 | |
| <input type="checkbox"/> c 擔心副作用 | <input type="checkbox"/> f 身體健康不需要 | |

C10c 從過去到目前為止，您是否曾接受過肺炎鏈球菌疫苗預防注射？

0 沒有

1 有

C10c_1 您是自費接種肺炎鏈球菌疫苗，還是接種公費肺炎鏈球菌疫苗？

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 自費 | <input type="checkbox"/> 3 不確定是公費還是自費 |
| <input type="checkbox"/> 2 公費 | <input type="checkbox"/> 4 不知道 |

重大傷病

C11. 請問您目前有沒有重大傷病卡(健保 IC 卡重大傷病註記)?

0 沒有

1 有 【請註明病名】 _____

C12. 請問您目前有沒有身心障礙手冊?

0 沒有

1 有



C12_1 請註明障礙類別(名稱與代號)

1 新制 _____

2 舊制 _____

C12_1_1. 新制身心障礙名稱及代號

01 神經系統構造及精神、心智功能

05 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能

02 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

06 泌尿與生殖系統相關構造及其功能

03 涉及聲音與言語構造及其功能

07 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能

04 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

08 皮膚與相關構造及其功能

C12_1_2. 舊制身心障礙名稱及代號

01 視覺障礙

07 重要器官失去功能

13 多重障礙

02 聽覺障礙

08 顏面損傷

14 頑性(難治症)癲癇

03 平衡機能障礙

09 植物人

15 因罕見疾病致身心功能障礙

04 聲音機能或語言機能障礙

10 失智症

16 其他

05 肢體障礙

11 自閉症

06 智能障礙

12 慢性精神病患

乳癌篩檢

- C13 【系統查核】
- 1 樣本個案為男性【跳問 C15a】
 - 2 樣本個案為 70 歲(含)以上女性【跳問 C14a】
 - 3 樣本個案為未滿 70 歲女性【續問 C13a】

C13a. 請問您有沒有做過乳房 X 光攝影檢查？

- 0 沒有【續問 C13b】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 C13c】
- 不確定【跳問 C13c】
- 拒答【跳問 C13c】

C13a_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1 未滿 1 年【跳問 C14a】
- 2 1 年以上未滿 2 年【跳問 C14a】
- 3 2 年以上未滿 3 年【續問 C13b】
- 4 3 年以上未滿 5 年【續問 C13b】
- 5 5 年以上【續問 C13b】

★C13b. 請問您沒做過/超過 2 年沒做乳房 X 光攝影的原因是什麼？【不提示、可複選】
【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- a 覺得身體健康沒有需要
- b 年紀大了不用做
- c 太忙沒有時間
- d 覺得不好意思
- e 不知道為什麼要做
- f 怕被檢查出有疾病
- g 乳房攝影檢查過程不舒服會痛
- h 不知道有這個檢查
- i 太貴，不想花錢
- j 其他原因

C13c. 請問您有沒有做過乳房超音波檢查？

- 0 沒有【跳問 C14a】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 C14a】
- 不確定【跳問 C14a】
- 拒答【跳問 C14a】

C13c_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1 未滿 1 年
 - 2 1 年以上未滿 2 年
 - 3 2 年以上未滿 3 年
 - 4 3 年以上未滿 5 年
 - 5 5 年以上
- 【續問 C14a】

子宮頸抹片檢查

C14a. 請問您有沒有做過子宮頸抹片檢查？

- 0 沒有【跳問 C14c】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 C14d】
- 不確定【跳問 C14d】
- 拒答【跳問 C14d】

C14b. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1 未滿 1 年【跳問 C14d】
- 2 1 年以上未滿 2 年【跳問 C14d】
- 3 2 年以上未滿 3 年【跳問 C14d】
- 4 3 年以上未滿 5 年【續問 C14c】
- 5 5 年以上【續問 C14c】

★C14c. 請問您沒做過/超過3年沒做子宮頸抹片檢查的原因是什麼？【不提示、可複選】

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 覺得身體健康沒有需要 | <input type="checkbox"/> f 怕被檢查出有疾病 |
| <input type="checkbox"/> b 年紀大了不用做 | <input type="checkbox"/> g 已經停經 |
| <input type="checkbox"/> c 太忙沒有時間 | <input type="checkbox"/> h 不曾有過性經驗 |
| <input type="checkbox"/> d 覺得不好意思 | <input type="checkbox"/> i. 不知道有這個檢查 |
| <input type="checkbox"/> e 不知道為什麼要做 | <input type="checkbox"/> j 其他原因 |

C14d. 有的婦女曾經動過手術切除子宮，請問您是否曾經動過子宮切除手術？

- 0 沒有 1 有

結直腸癌篩檢

C15a. 請問您有沒有做過糞便潛血檢查（一種檢查糞便有無血液的檢查）？

- 0 沒有【跳問 C15b】
1 有
 不知道【跳問 C15b】
 不確定【跳問 C15b】
 拒答【跳問 C15b】

C15a_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 未滿1年 | 4 <input type="checkbox"/> 3年以上未滿5年 |
| 2 <input type="checkbox"/> 1年以上未滿2年 | 5 <input type="checkbox"/> 5年以上 |
| 3 <input type="checkbox"/> 2年以上未滿3年 | |

C15b. 請問您有沒有做過乙狀結腸鏡或結腸鏡(大腸鏡)（一種具彈性的管子經由肛門插入腸道檢查腸道有無瘰肉或腫瘤）？

- 0 沒有【查核 C15c】
1 有
 不知道【查核 C15c】
 不確定【查核 C15c】
 拒答【查核 C15c】

C15b_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 未滿1年 | 4 <input type="checkbox"/> 3年以上未滿5年 |
| 2 <input type="checkbox"/> 1年以上未滿2年 | 5 <input type="checkbox"/> 5年以上未滿10年 |
| 3 <input type="checkbox"/> 2年以上未滿3年 | 6 <input type="checkbox"/> 10年以上 |

【本題答完跳問 D1】

C15c. 【系統查核】

樣本個案有做過糞便潛血檢查或乙狀結腸鏡或結腸鏡跳問 D1，其他狀況續問 C15d

★C15d. 請問您沒做過大腸癌篩檢（指沒做過糞便潛血檢查、乙狀結腸鏡或結腸鏡檢查）的原因是什麼？【不提示、可複選】【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> a 覺得身體健康沒有需要 | <input type="checkbox"/> d 覺得不好意思 | <input type="checkbox"/> g 聽說檢查過程不舒服會痛 |
| <input type="checkbox"/> b 年紀大了不用做 | <input type="checkbox"/> e 不知道為什麼要做 | <input type="checkbox"/> h 不知道有這個檢查 |
| <input type="checkbox"/> c 太忙沒有時間 | <input type="checkbox"/> f 怕被檢查出有疾病 | <input type="checkbox"/> i 其他原因 |

D. 事故傷害、個人健康相關行為

前言：接下來的問題，是有關您在生活安全、以及運動、營養、抽菸、喝酒等生活習慣，請您告訴我：

【訪員注意】本節跌倒/燒燙傷/交通事故/其他事故傷害題組若有難以現有選項歸類者，可紀錄於訪問狀況記錄表中

跌倒 / 跌落 / 墜落

D1. 過去一年裡，您有沒有因為跌倒/跌落/墜落而受傷？(譬如走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好、或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下)

0 沒有 **【跳問 D2】** 1 有



D1_1. 有沒有接受醫護專業人員的治療處理，如中醫、西醫？

0 沒有 **【跳問 D2】** 1 有



D1a. 您在過去一年，總共發生過幾次有醫護專業人員的治療處理的跌倒/跌落/墜落？
_____次

D1b. 您最近這一次有醫護專業人員治療處理的跌倒/跌落/墜落是在____年____月

D1c. 您最近這一次跌倒/跌落/墜落，是哪一個部位受傷？是受哪一種傷？

| 受傷部位 | | 受傷種類 | |
|------|--|------|--|
| 1 | | 1 | |
| 2 | | 2 | |
| 3 | | 2 | |
| 4 | | 2 | |

受傷部位代號：

| 頭部 | 上肢 | 下肢 | 上軀幹 | 下軀幹 | 其他 |
|------------|-------|----------|-------|--------|----------------|
| 01 頭部(非臉部) | 09 手肘 | 14 大腿 | 20 胸 | 24 腰部 | 30 其他部位 不知道 |
| 02 臉部 | 10 手指 | 15 小腿 | 21 背部 | 25 臀 | |
| 03 眼部 | 11 手掌 | 16 膝 | 22 肩 | 26 髖部 | |
| 04 鼻 | 12 前臂 | 17 腳(腳掌) | 23 頸部 | 27 腹部 | |
| 05 嘴 | 13 上臂 | 18 腳趾 | | 28 鼠蹊部 | |
| 06 牙齒 | | 19 腳踝 | | 29 會陰部 | |
| 07 頷、顎 | | | | | |
| 08 耳 | | | | | |

受傷種類代號：

| | | | |
|-------------|--------|---------|--------|
| 01 骨折或脫臼 | 04 擦傷 | 07 昆蟲咬傷 | 10 撕裂傷 |
| 02 扭傷、拉傷、挫傷 | 05 瘀傷 | 08 動物咬傷 | 11 穿刺傷 |
| 03 切、割傷 | 06 燒燙傷 | 09 內出血 | 12 其他 |

D1d. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落而坐救護車？

0 沒有 1 有

D1e. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落而掛急診？

- 0 沒有 1 有

D1f. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落而去門診？

- 0 沒有 1 有

D1g. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落而住院呢？

- 0 沒有 1 有



D1g_1. 您住院住了幾天? _____ 天

D1h. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

- 0 沒有 1 有

D1h_1. 【系統查核】最近這一次有沒有因為跌倒/跌落/墜落而接受任何形式的治療處理？

(查核 D1d-D1h)

- 沒有接受任何形式的治療【跳問 D2】 有接受任何形式的治療【續問 D1i】

D1i. 您最近這一次發生的跌倒/跌落/墜落事故，是在哪裡發生的呢？

01 室內【續問 D1i1_1】

02 室外【跳問 D1i2_1】



D1i1_1 1 住家 2 非住家
【跳問 D1i1_3】 【續問 D1i1_2】



D1i1_2 非住家

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 旅館/民宿/賓館 | <input type="checkbox"/> 9 里民活動中心/長青活動中心/社區大學 |
| <input type="checkbox"/> 2 體育館/健身房/室內泳池 | <input type="checkbox"/> 10 車站(包括巴士站、火車站、高鐵站、捷運站等) |
| <input type="checkbox"/> 3 百貨公司/服飾店 | <input type="checkbox"/> 11 郵局/銀行/證券行 |
| <input type="checkbox"/> 4 安養機構 | <input type="checkbox"/> 12 書局/文具店/藝品店 |
| <input type="checkbox"/> 5 小吃店/餐廳 | <input type="checkbox"/> 13 超商/賣場 |
| <input type="checkbox"/> 6 電影院/KTV | <input type="checkbox"/> 14 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 7 醫療院所 | (請註明) |
| <input type="checkbox"/> 8 寺廟/教堂 | |

D1i1_3 室內

- 1 客廳
- 2 臥室
- 3 浴室
- 4 書房
- 5 廚房/餐廳
- 6 晒衣場或陽台
- 7 樓梯、台階
- 8 電梯、手扶梯
- 9 高度或坡度的地面
- 10 平地、走道
- 11 其他：_____（請註明）

D1i2_1 室外

- 1 菜園/農地
- 2 街道或路上/路邊
- 3 公園/運動場或溜冰場
- 4 校園/操場/體育場
- 5 公車候車亭
- 6 遊樂園/森林遊樂區
- 7 人行道
- 8 臨時搭建的平台
- 9 水溝或人孔蓋
- 10 井
- 11 其他：_____（請註明）

D1j. 最近這一次發生跌倒/跌落/墜落事故的原因是什麼？

1 滑倒或絆倒 →

D1j_1. 請選擇最適合描述當下的情境？

- 1 地板濕滑
- 2 浴室缺乏把手
- 3 樓梯設計不良
- 4 光線不足
- 5 踩到或踢到地上的東西
- 6 碰到桌腳和家具
- 12 其他

2 跳躍或跳水【跳問 D1k】

3 被他人推擠【跳問 D1k】

4 碰到或撞上物品或人 →

D1j_1. 請選擇最適合描述當下的情境？

- 4 光線不足
- 6 碰到桌腳和家具
- 11 視力不好看不清楚
- 12 其他

5 從沙發、椅子或床墜落

【跳問 D1k】

6 失去平衡或頭昏 →

D1j_1. 請選擇最適合描述當下的情境？

- 7 車子突然間開動或緊急煞車
- 8 突然頭暈或眼前一片漆黑(眼黑矇)
- 9 突然胸痛、心悸或喘不過氣來
- 10 突然大腿無力不支
- 11 視力不好看不清楚
- 12 其他

7 其他_____（請註明）

【跳問 D1k】

不知道【跳問 D1k】

D1k. 最近這一次發生跌倒/跌落/墜落事故時，您正在做什麼活動？【最多可複選 2 項】

- a 騎車
- b 坐車或上下車
- c 工作中(有薪工作)
- d 工作中(在住家、附近或庭院)
- e 工作中(無薪工作，如志工)
- f 上學中
- g 從事運動或競賽以外的休閒活動
- h 運動或競賽
- i 烹飪
- j 接受照護
- k 其他日常生活相關活動
- l 其他

D11. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落，不能和平常一樣上班呢？

0 沒有【跳問 D1m】

1 有

2 當時非上班族(如已退休/無工作)

↓
【跳問 D1m】

D11_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

D1m. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落，不能和平常一樣上學呢？

0 沒有【跳問 D1n】

1 有

2 非學生【跳問 D1n】

↓

D1m_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

D1n. 最近這一次您有沒有因為跌倒/跌落/墜落，不能和平常一樣外出呢？

0 沒有【跳問 D1o】

1 有

↓

D1n_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

D1o. 您最近這一次跌倒/跌落/墜落之後是否已經會採取下列其中一項措施以預防發生跌倒？

【逐項探問，可複選】

- a 做肌力訓練或平衡運動（如抬腿、伸展雙腿、緩和的運動如散步、騎腳踏車、游泳、體操、打太極拳或跳舞）
- b 提昇居家安全（如廁所浴室加裝握把、提升照明、移除地毯）
- c 穿適合的鞋子（例如穿堅固的鞋子、穿合腳的鞋）
- d 每日攝取維他命 D
- e 每日攝取鈣質
- f 尋求用藥諮商，是否因服用多種或過量藥物(如安眠藥、利尿劑等)而增加跌倒風險
- g 就診檢測是否有姿態性低血壓(平躺姿勢改為直立時，血壓明顯下降，且下降幅度為收縮壓下降大於 20 或舒張壓下降大於 10 毫米汞柱)
- h 就診做眼部(視力)檢查
- i 不採取任何措施
- j 不知道

燒燙傷

D2. 過去一年裡，您有沒有發生燒燙傷(如被灼熱固體、液體、火焰或化學藥劑燒傷或灼傷等)？

0 沒有【跳問 D3】

1 有



D2_1. 有沒有接受醫護專業人員的治療處理，如中醫、西醫？

0 沒有【跳問 D3】

1 有



D2a. 您在過去一年，總共發生過幾次有醫護專業人員治療處理的燒燙傷？_____次

D2b. 您最近這一次有醫護專業人員治療處理的燒燙傷是在_____年_____月

D2c. 您最近這一次燒燙傷，是哪一個部位受傷？是受哪一種傷？

| 受傷部位 | | 受傷種類 | | | |
|------|--|------|--|---|--|
| 1 | | 1 | | 2 | |
| 2 | | 1 | | 2 | |
| 3 | | 1 | | 2 | |
| 4 | | 1 | | 2 | |

受傷部位代號：

| 頭部 | 上肢 | 下肢 | 上軀幹 | 下軀幹 | 其他 |
|------------|-------|----------|-------|--------|---------|
| 01 頭部(非臉部) | 09 手肘 | 14 大腿 | 20 胸 | 24 腰部 | 30 其他部位 |
| 02 臉部 | 10 手指 | 15 小腿 | 21 背部 | 25 臀 | 不知道 |
| 03 眼部 | 11 手掌 | 16 膝 | 22 肩 | 26 髖部 | |
| 04 鼻 | 12 前臂 | 17 腳(腳掌) | 23 頸部 | 27 腹部 | |
| 05 嘴 | 13 上臂 | 18 腳趾 | | 28 鼠蹊部 | |
| 06 牙齒 | | 19 腳踝 | | 29 會陰部 | |
| 07 頷、顎 | | | | | |
| 08 耳 | | | | | |

受傷種類代號：

| | | | |
|-------------|--------|---------|--------|
| 01 骨折或脫臼 | 04 擦傷 | 07 昆蟲咬傷 | 10 撕裂傷 |
| 02 扭傷、拉傷、挫傷 | 05 瘀傷 | 08 動物咬傷 | 11 穿刺傷 |
| 03 切、割傷 | 06 燒燙傷 | 09 內出血 | 12 其他 |

D2d. 最近這一次的燒燙傷的原因是什麼？

1 熱水、液體或蒸氣燙傷

2 接觸到酸、鹼或腐蝕性化學物質

3 因化學品點燃所導致火焰燒傷

4 因易燃液體點燃而燒傷(汽油、煤油或其他可燃性液體)

5 使用或觸碰到使用後的電毯或其他電器產品而燙傷

6 長期暴露在檯燈燈光下造成表皮燒燙傷

7 接觸使用中或剛使用完畢的檯燈燈罩造成表皮燒燙傷

8 過於接近燒金爐或接觸到其未燃燒完全的灰爐而燒燙傷

9 接觸到機車排氣管

10 接觸到加熱之鍋具、爐具或茶壺

11 無法分類

D2d_1. 請選擇最適合描述當下的情況？

1 茶壺或咖啡機的蒸氣或熱水

2 淋浴或浴缸的洗澡水

3 熱油、熱湯噴濺或翻倒潑灑

4 其他

D2e. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而坐救護車？

- 0 沒有 1 有

D2f. 您最近這一次有沒有因為燒燙傷而掛急診？

- 0 沒有 1 有

D2g. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而去門診？

- 0 沒有 1 有

D2h. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而住院？

- 0 沒有 1 有



D2h_1. 您住院住了幾天？_____天

D2i. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

- 0 沒有 1 有

D2i_1. 【系統查核】最近這一次有沒有因為燒燙傷事故而接受任何形式的治療處理？(查核 D2e-D2i)

- 沒有接受任何形式的治療【跳問 D3】 有接受任何形式的治療【續問 D2j】

D2j. 最近這一次有治療處理的燒燙傷發生時，您正在做什麼活動？【最多可複選 2 項】

- a 騎車、開車或搭車 g 從事運動或競賽以外的休閒活動
b 工作中(有薪工作) h 烹飪
c 工作中(在住家、附近或庭院) i 接受照護
d 工作中(無薪工作，如志工) j 其他日常生活相關活動，如吃飯、喝水、睡覺
e 上學中 k 其他
f 運動或競賽 不知道

D2k. 最近這一次有治療處理的燒燙傷發生時，您在什麼地方？【最多可複選 2 項】

- a 住處/宿舍(室內)【續問 D2k_1】 l 運動場所、體育場或操場
b 住處/宿舍(室外) m 購物中心、餐廳、商店、銀行、加油站或其他商務地點
c 學校(不含宿舍) n 農場
d 公司、辦公室 o 公園或休閒場所，如腳踏車道(台：鐵馬道)或步道
e 兒童照護中心或托育中心 p 河、湖、溪或海
f 安養/照護機構(不含醫院) q 工廠或工地
g 健康照護場所(含醫院) r 其它公共場所
h 街道或馬路上 s 其它場所
i 走廊 拒答
j 停車場 不知道
k 人行道

D2k_1. 是室內的什麼地方呢？

- 1 廚房 2 餐廳 3 浴室 4 客廳 5 臥室 6 其他家中場所

D21. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷，不能和平常一樣上班呢？

0 沒有【跳問 D2m】

1 有

2 當時非上班族(如已退休/無工作)

↓
【跳問 D2m】

D21_1. 您這種情形持續了幾天？ _____ 天
(含因為這次事故而住院的天數)

D2m. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷，不能和平常一樣上學呢？

0 沒有【跳問 D2n】

1 有

2 非學生【跳問 D2n】

↓

D2m_1. 您這種情形持續了幾天？ _____ 天
(含因為這次事故而住院的天數)

D2n. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷，不能和平常一樣外出呢？

0 沒有【跳問 D3a】

1 有

↓

D2n_1. 您這種情形持續了幾天？ _____ 天
(含因為這次事故而住院的天數)

交通安全與交通事故

D3a. 每次開車或坐在汽車前座時，您是否都有繫安全帶？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 從來沒有，或幾乎從來沒有繫安全帶 | <input type="checkbox"/> 4 每次都有繫安全帶 |
| <input type="checkbox"/> 2 偶爾會繫上安全帶 | <input type="checkbox"/> 5 很少開車或坐前座，或從沒坐過車 |
| <input type="checkbox"/> 3 幾乎多數的時候都有繫安全帶 | |

D3b. 每次坐在汽車後座時，您是否都有繫安全帶？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 從來沒有，或幾乎從來沒有繫安全帶 | <input type="checkbox"/> 4 每次都有繫安全帶 |
| <input type="checkbox"/> 2 偶爾會繫上安全帶 | <input type="checkbox"/> 5 很少坐後座或從沒坐過車 |
| <input type="checkbox"/> 3 幾乎多數的時候都有繫安全帶 | |

D3c. 每次騎乘或搭乘機車（摩托車）時，您是否都有戴安全帽？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 從來沒有，或幾乎從來沒有戴安全帽 | <input type="checkbox"/> 4 每次都有戴安全帽 |
| <input type="checkbox"/> 2 偶爾會戴安全帽 | <input type="checkbox"/> 5 很少騎乘或搭乘，或從不騎乘或搭乘機車 |
| <input type="checkbox"/> 3 幾乎多數的時候都有戴安全帽 | |

D3d. 請問您平常使用腳踏車時，有沒有戴安全帽？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 從來沒有，或幾乎從來沒有戴安全帽 | <input type="checkbox"/> 4 每次都有戴安全帽 |
| <input type="checkbox"/> 2 偶爾會戴安全帽 | <input type="checkbox"/> 5 很少使用腳踏車，或從不使用腳踏車 |
| <input type="checkbox"/> 3 幾乎多數的時候都有戴安全帽 | |

D4. 過去一年裡，您有沒有因為陸路**交通事故**受傷（如開車或坐車、騎乘機車、騎乘腳踏車、利用大眾運輸工具、或走路時被車擦撞）？

0 沒有【跳問 D5a】

1 有



D4_1. 有沒有接受醫護專業人員的治療處理，如中醫、西醫？

0 沒有【跳問 D5a】

1 有



D4a. 您在過去一年，**總共發生過幾次**有醫護專業人員治療處理的**交通事故**？
_____次

D4b. 您**最近這一次**有醫護專業人員治療處理的**交通事故**是在____年____月

D4c. 您**最近這一次**交通事故，是哪一個部位受傷？是受哪一種傷？

| 受傷部位 | | 受傷種類 | |
|------|--|------|---|
| 1 | | 1 | 2 |
| 2 | | 1 | 2 |
| 3 | | 1 | 2 |
| 4 | | 1 | 2 |

受傷部位代號：

| 頭部 | 上肢 | 下肢 | 上軀幹 | 下軀幹 | 其他 |
|------------|-------|----------|-------|--------|----------------|
| 01 頭部(非臉部) | 09 手肘 | 14 大腿 | 20 胸 | 24 腰部 | 30 其他部位 不知道 |
| 02 臉部 | 10 手指 | 15 小腿 | 21 背部 | 25 臀 | |
| 03 眼部 | 11 手掌 | 16 膝 | 22 肩 | 26 髖部 | |
| 04 鼻 | 12 前臂 | 17 腳(腳掌) | 23 頸部 | 27 腹部 | |
| 05 嘴 | 13 上臂 | 18 腳趾 | | 28 鼠蹊部 | |
| 06 牙齒 | | 19 腳踝 | | 29 會陰部 | |
| 07 頷、顎 | | | | | |
| 08 耳 | | | | | |

受傷種類代號：

| | | | |
|-------------|--------|---------|--------|
| 01 骨折或脫臼 | 04 擦傷 | 07 昆蟲咬傷 | 10 撕裂傷 |
| 02 扭傷、拉傷、挫傷 | 05 瘀傷 | 08 動物咬傷 | 11 穿刺傷 |
| 03 切、割傷 | 06 燒燙傷 | 09 內出血 | 12 其他 |

D4d. **最近這一次**您有沒有因為**交通事故**而**坐救護車**？

0 沒有

1 有

D4e. **最近這一次**您有沒有因為**交通事故**而**掛急診**？

0 沒有

1 有

D4f. **最近這一次**您有沒有因為**交通事故**而**去門診**？

0 沒有

1 有

D4g. **最近這一次**您有沒有因為**交通事故**而**住院**？

0 沒有

1 有



D4g_1. 您住院住了幾天？_____天

D4h. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

0 沒有

1 有

D4h_1. 【系統查核】最近這一次有沒有因為交通事故而接受任何形式的治療處理？
(查核 D4d~D4h)

- 沒有接受的任何治療【跳問 D5a】 有接受的任何治療【續問 D4i】

D4i. 最近這一次交通事故發生時，您是駕駛、乘客還是行人？

- 01 機動車駕駛【續問 D4j】 05 踏板車、滑板、溜冰鞋或其它非機動交通工具使用者
02 機動車乘客【續問 D4j】 【跳問 D411】
03 行人【跳問 D4m】 06 其他【跳問 D4m】 不知道【跳問 D4m】
04 腳踏車或三輪車騎士或乘客【跳問 D411】

D4j. 最近這一次的交通事故發生當時，您騎乘哪一種交通工具呢？

- 01 汽車 →
02 小巴士、廂型車 →
03 公車 →
04 大型巴士或十八輪大型交通車 →

D4k1. 最近這一次交通事故發生當時，您有沒有繫安全帶？0 沒有1 有
【跳問 D4m】

- 05 機車 →

D411. 最近這一次交通事故發生當時，您有沒有戴安全帽？0 沒有1 有
【續問 D4m】

- 06 吉普車、跨界休旅車或雪地機動車 →

D4k2. 最近這一次交通事故發生當時，您有沒有繫安全帶？0 沒有1 有2 不需要

- 07 拖曳車 →

D412. 最近這一次交通事故發生當時，您有沒有戴安全帽？0 沒有1 有2 不需要

- 08 產業用交通工具 →

【續問 D4m】

- 09 其他【跳問 D4m】

- 97 拒答【跳問 D4m】

- 99 不知道【跳問 D4m】

D4m. 最近這一次交通事故發生時，您正在做什麼活動？【最多可複選 2 項】

- a 騎車、開車或搭車 g 從事運動或競賽以外的休閒活動
b 工作中(有薪工作) h 烹飪
c 工作中(在住家、附近或庭院) i 接受照護
d 工作中(無薪工作，如志工) j 其他日常生活相關活動，如吃飯、喝水、睡覺
e 上學中 k 其他
f 運動或競賽 不知道

D4n. 最近這一次有治療處理的交通事故發生時，您在什麼地方？【最多可複選2項】

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a 住處/宿舍(室內)【續問 D4n_1】 | <input type="checkbox"/> l 運動場所、體育場或操場 |
| <input type="checkbox"/> b 住處/宿舍(室外) | <input type="checkbox"/> m 購物中心、餐廳、商店、銀行、加油站或其他商務地點 |
| <input type="checkbox"/> c 學校(不含宿舍) | <input type="checkbox"/> n 農場 |
| <input type="checkbox"/> d 公司、辦公室 | <input type="checkbox"/> o 公園或休閒場所，如腳踏車道(台：鐵馬道)或步道 |
| <input type="checkbox"/> e 兒童照護中心或托育中心 | <input type="checkbox"/> p 河、湖、溪或海 |
| <input type="checkbox"/> f 安養/照護機構(不含醫院) | <input type="checkbox"/> q 工廠或工地 |
| <input type="checkbox"/> g 健康照護場所(含醫院) | <input type="checkbox"/> r 其它公共場所 |
| <input type="checkbox"/> h 街道或馬路上 | <input type="checkbox"/> s 其它場所 |
| <input type="checkbox"/> i 走廊 | 拒答 |
| <input type="checkbox"/> j 停車場 | 不知道 |
| <input type="checkbox"/> k 人行道 | |

D4n_1. 是室內的什麼地方呢？

- 1 廚房 2 餐廳 3 浴室 4 客廳 5 臥室 6 其他家中場所

D4o. 最近這一次您有沒有因為交通事故，不能和平常一樣上班呢？

- 0 沒有【跳問 D4p】 1 有 2 當時非上班族(如已退休/無工作)



【跳問 D4p】

D4o_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

D4p. 最近這一次您有沒有因為交通事故，不能和平常一樣上學呢？

- 0 沒有【跳問 D4q】 1 有 2 非學生【跳問 D4q】



D4p_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

D4q. 最近這一次您有沒有因為交通事故，不能和平常一樣外出呢？

- 0 沒有【跳問 D5a】 1 有



D4q_1. 您這種情形持續了幾天？ _____天
(含因為這次事故而住院的天數)

危險用路行為

D5a. 請問您過去一個月有沒有在馬路上、路邊或人行道上一邊走路一邊使用手機？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 從來或幾乎沒有【跳問 D5b】 | <input type="checkbox"/> 4. 幾乎每次 |
| <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 | <input type="checkbox"/> 5. 沒有手機【跳問 D6】 |
| <input type="checkbox"/> 3. 常常 | <input type="checkbox"/> 不確定 |

D5a_1. 請問您走路當時正在用手機做什麼事情？【可複選】

- a. 拿手機講電話
- b. 用免持手機講電話
- c. 滑手機看螢幕(如閱讀郵件、看 Facebook、LINE 等)
- d. 傳簡訊或傳 LINE 等 APP 訊息
- e. 看地圖或導航系統
- f. 玩手機遊戲等 APP
- g. 其他(請註明)_____

D5b. 請問您過去一個月有沒有一邊騎腳踏車、騎機車或開車一邊使用手機？

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 從來或幾乎沒有【跳問 D6】 | <input type="checkbox"/> 4. 幾乎每次 |
| <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 | <input type="checkbox"/> 不確定 |
| <input type="checkbox"/> 3. 常常 | |

D5b_1. 請問您騎腳踏車、騎機車或開車當時正在用手機做什麼事情？【可複選】

- a. 拿手機講電話
- b. 用免持手機講電話
- c. 滑手機看螢幕(如閱讀郵件、看 Facebook、LINE 等)
- d. 傳簡訊或傳 LINE 等 APP 訊息
- e. 看地圖或導航系統
- f. 玩手機遊戲等 APP
- g. 其他(請註明)_____

其他事故傷害

D6. 過去一年裡，您有沒有發生其他事故傷害？

例如：中毒、溺水，被落物擊中，被玩具、魚刺、食物等異物噎到……等。

0 沒有【跳問 D7】

1 有【續問 D6_1】

D6_1. 有沒有接受醫護專業人員的治療處理，如中醫、西醫？

0 沒有【跳問 D7】

1 有



【請將 D6a~D6i 答案記錄在表 1】

D6a. 是哪一種事故傷害呢？

D6b. 您在過去一年，總共發生過幾次有醫護專業人員治療處理的其他事故傷害？
_____次

D6c. 您最近這一次有醫護專業人員治療處理的其他事故傷害是在幾年幾月？

D6d. 您最近這一次（其他事故傷害），是哪一個部位受傷？是受哪一種傷？

D6e. 最近這一次您有沒有因為（其他事故傷害）而坐救護車？

D6f. 最近這一次您有沒有因為（其他事故傷害）而掛急診？

D6g. 最近這一次您有沒有因為（其他事故傷害）而去門診？

D6h. 最近一次您有沒有因為（其他事故傷害）而住院呢？

D6h_1. 【若有】住了幾天？

D6i. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

確定沒有接受任何形式的治療

有接受任何形式的治療

【跳問下一個事故類別或 D7】

【跳問下一個事故類別或 D7】

表 1 其它事故傷害【訪員注意：若同 1 人發生 2 種不同類型的事件須寫成 2 列。】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D6a. 類別代號(*見次頁) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6b. (該事故)發生過幾次 | | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | 次 | | |
| D6c. (該事故) 發生在哪一天 | 年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6d. 最近一次 受傷部位 (**代號見次頁) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D6d. 最近一次 受哪一種傷 (**代號見次頁) | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| D6e. 最近一次 有無坐救護車 | 0. 沒有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6f. 最近一次 有無急診 | 0. 沒有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6g. 最近一次 有無門診 | 0. 沒有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6h. 最近一次 有無住院 | 0. 沒有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6h_1. 最近一次 住院天數 | | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| D6i. 其它形式 的治療處理 | 0. 沒有 【跳問下一個 事故類別或 D7】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 有 【跳問下一個 事故類別或 D7】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

D6a. 事故傷害類別：

| | |
|-------------------|--------------------------|
| 01 溺水 | 04 中毒 |
| 02 被落物擊中 | 05 其他事故傷害【請另註記於訪問狀況紀錄表中】 |
| 03 被玩具、魚刺、食物等異物噎到 | |

D6d. 受傷部位代號：

| 頭部 | 上肢 | 下肢 | 上軀幹 | 下軀幹 | 其他 |
|------------|-------|----------|-------|--------|---------|
| 01 頭部(非臉部) | 09 手肘 | 14 大腿 | 20 胸 | 24 腰部 | 30 其他部位 |
| 02 臉部 | 10 手指 | 15 小腿 | 21 背部 | 25 臀 | 不知道 |
| 03 眼部 | 11 手掌 | 16 膝 | 22 肩 | 26 髖部 | |
| 04 鼻 | 12 前臂 | 17 腳(腳掌) | 23 頸部 | 27 腹部 | |
| 05 嘴 | 13 上臂 | 18 腳趾 | | 28 鼠蹊部 | |
| 06 牙齒 | | 19 腳踝 | | 29 會陰部 | |
| 07 頷、顎 | | | | | |
| 08 耳 | | | | | |

受傷種類代號：

| | | |
|-------------|---------|--------|
| 01 骨折或脫臼 | 05 瘀傷 | 09 內出血 |
| 02 扭傷、拉傷、挫傷 | 06 燒燙傷 | 10 撕裂傷 |
| 03 切、割傷 | 07 昆蟲咬傷 | 11 穿刺傷 |
| 04 擦傷 | 08 動物咬傷 | 12 其他 |

喝酒

D7. 您是否曾經喝過酒? (包括各種酒類、保力達 B、維士比與藥酒, 但不包括煮菜時加進去的極少量或酒精成分已揮發的酒, 或舔一下)

0 沒有 (滴酒不沾) 【跳問 D8】

1 有 (偶爾或應酬時才喝也算)

D7a. 您第一次喝酒的年齡是_____足歲

D7b. 您最近一次喝酒是什麼時候?

1 最近七天 【續問 D7c】

2 超過一星期至一個月內 【續問 D7c】

3 超過一個月至半年內 【跳問 D7h】

4 超過半年至一年內 【跳問 D7h】

5 超過一年以上 【跳問 D8】

D7c. 過去一個月, 您喝酒喝最多的一次是喝什麼酒? 喝多少?

| a. 酒名 (請依下列代碼 分類填入空格) | b. 飲酒容器類型 | | | | | | c. 數量 (喝多少) | d. 此次是否尚有飲 用其他酒類? | |
|-----------------------------|-------------|---|---|----|----|---|----------------|----------------------|---|
| | 小杯及 小杯以下 | 杯 | 罐 | 大罐 | 小瓶 | 瓶 | | 否 | 是 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 0 | 1 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 0 | 1 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 0 | 1 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 0 | 1 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |

【訪員注意】酒名請依下列代碼分類填入空格

1 啤酒/水果調味酒 (如冰火) / 涼酒等濃度 5%以下的酒類

2 維士比/保力達/藥酒類等濃度 6-10%的酒類

3 玫瑰紅酒/紅、白葡萄酒/日本甜梅酒 (choya) 等濃度 11-15%的酒類









4 紹興酒/紅露酒/烏梅酒/台灣米酒等濃度 16-20%的酒類

5 參茸酒/鹿茸酒等濃度 21-29%的酒類

6 高粱酒/白蘭地/威士忌/伏特加/竹葉青/米酒頭等濃度 30-49%的酒類

7 高粱酒/茅台酒/玉山二鍋頭/特級高粱酒等濃度 50%以上的酒類

8 其他不知濃度無法歸類的酒類

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 cc | | 120 cc | | 350 cc | 500 cc | 300 cc | 600 cc |
| 1 <input type="checkbox"/> 1 小杯 | | 2 <input type="checkbox"/> 1 杯 | | 3 <input type="checkbox"/> 1 罐 | 4 <input type="checkbox"/> 1 大罐 | 5 <input type="checkbox"/> 1 小瓶 | 6 <input type="checkbox"/> 1 瓶 |

D7d. 在過去一個月您有喝酒的日子中，平均一次喝多少杯酒？

(註：1 杯酒 = 1 罐(350 cc)啤酒、1 杯(120 cc)紅酒、或 1 小杯(45 cc)高粱或烈酒)

1 未滿 1 杯 2 1 到 4 杯 3 5 到 11 杯 4 12 到 19 杯 5 20 杯以上

D7e. 過去一個月內有幾天一次喝 5 杯或 5 杯以上？

(註：1 杯酒 = 1 罐(350 cc)啤酒、1 杯(120 cc)紅酒、或 1 小杯(45 cc)高粱或烈酒)

1 0 天 2 1 到 2 天 3 3 到 5 天 4 6 到 9 天
5 10 到 19 天 6 20 到 29 天 7 整個月

D7f. 過去一個月，有幾天您喝醉酒？

1 0 天 (沒喝醉酒) 5 10 到 19 天
2 1 或 2 天 6 20 到 29 天
3 3 到 5 天 7 整個月
4 6 到 9 天

D7g. 過去一年內，您大約多久喝一次酒？

1 每月不到 1 次 2 每月 1~2 次
3 兩、三天喝 1 次 4 (幾乎)每天喝

D7h. 您最近一次喝醉酒是什麼時候？

0 從來都沒有喝醉 3 超過一個月至半年內
1 最近七天 4 超過半年至一年內
2 超過一星期至一個月內 5 超過一年以上

吸菸

D8. 從以前到現在為止，請問您是否曾吸菸？【若有】總共有超過五包（約 100 支）嗎？
（這裡吸菸是指吸紙菸，俗稱的香菸或捲菸）

- 0 從未吸過菸【跳問 D9】 1 曾吸菸，但未超過 5 包 2 曾吸菸，而且超過 5 包

D8a. 請問您現在是每天吸菸、有時候吸菸還是都不吸菸呢？

- 1 每天吸菸 2 有時吸菸 3 不吸菸【跳問 D8b】

D8a_1. 在過去一個月內（30 天內），請問您大約有幾天吸菸呢？

過去一個月吸菸約 _____ 天

D8a_2a. 在過去一個月內（30 天內），平均一天吸幾根菸？

平均一天吸約 _____ 支
（一包菸 20 支）

D8a_2b. 在過去一個月內（30 天內），請問您有吸菸的日子中，平均一天吸幾根菸？

平均一天吸約 _____ 支
（一包菸 20 支）

D8b. 請問您幾歲開始有吸菸的習慣？【會主動想吸菸】【以前有吸菸習慣的人也要問】

- 0 沒有吸菸習慣【跳問 D9】 1 有吸菸習慣→_____ 歲開始有吸菸習慣

D8c. 【若個案主動提到戒菸已 1 年以上，可直接勾選 2，其餘問：】在過去十二個月（一年）內，請問您有沒有因為想戒菸而停止吸菸一天或一天以上？

- 0 沒有【跳問 D8e】 1 有【續問 D8d】 2 已戒菸一年以上【跳問 D8e】

D8d. 在未來這一年內，請問以下哪一個說法最能符合您對戒菸的想法？

- 1 打算在 1 個月內戒菸 2 打算在 1 年內戒菸 3 未來 1 年內不打算戒菸

D8e. 請問您除了紙菸（香菸、捲菸）之外，是否吸下列菸草製品或其他相關製品？【逐項詢問】

| 項目 | D8e_1 過去吸食狀況 | | | D8e_2 目前吸食狀況 | | | D8e_3 平均每天吸食數量 |
|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|-------|-------|----------------|
| | 0 從未使用 | 1 曾經每天使用 | 2 曾經使用，但不是每天 | 0 不吸食 | 1 有時吸 | 2 每天吸 | |
| 1. 菸斗 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□支 |
| 2. 雪茄、小雪茄 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□支 |
| 3. 水菸 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□次 |
| 4. 無煙菸草製品 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□次 |
| 5. 電子煙 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□次 |
| 6. 其他 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | □□次 |

二手菸

D9. 過去一星期內，有沒有人在您的面前吸菸？

0 沒有【跳問 D10】

1 有



過去一星期內，您在下列場所的時候，有沒有人在您的面前吸菸？【逐項詢問】

D9a. 家裡 0 沒有 1 有 2 過去一星期沒在家

【密閉式的陽台算在家裡】



D9a_1. _____天

D9b. 親友住處 0 沒有 1 有 2 過去一星期沒去

D9c. 學校 0 沒有 1 有 2 過去一星期沒去

D9d. 您的室內工作場所或辦公室 0 沒有 1 有 2 沒有工作或工作場所沒有室內區域

D9e. 其他室內公共場所 0 沒有 1 有 2 過去一星期沒去

D9f. 其他室外公共場所 0 沒有 1 有 2 過去一星期沒去

嚼檳榔

D10. 您是否曾經嚼食過檳榔？【若有】請問是只嚼過一兩次還是更多次？

【若更多次】請問最近6個月內有沒有嚼？

- 0 否，從未嚼過【跳問 D10n】
1 是，從過去到現在只嚼過1-2次【跳問 D10n】
2 是，最近6個月沒有嚼 → 已經多久沒嚼了？_____年_____個月【跳問 D10a】
3 是，最近6個月有嚼過【跳問 D10e】

曾嚼食檳榔者

D10a. 您從幾歲開始有嚼檳榔的習慣？【會主動想嚼檳榔】

- 0 沒有嚼檳榔習慣【跳問 D10b】 1 有嚼檳榔習慣→_____足歲開始有嚼檳榔習慣

★D10b. 您第一次嚼食檳榔的主要原因是什麼？【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 好奇 4 為了提神 7 其他原因
2 為了交朋友，獲得同儕的認同 5 為了禦寒保暖
3 商場上/工作上需要 6 受家人/朋友影響(別人都在吃，所以一起吃)

★D10c. 您為甚麼戒掉(不吃)檳榔了呢？【可複選】

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- a 醫護人員勸我戒掉 e 形象因素(有礙觀瞻)
b 健康因素(口腔病變、對牙齒不好) f 單純的不想吃了
c 經濟因素(沒錢買) g 其他原因
d 社會因素(家人親友勸戒)

D10d. 請問您有沒有做過「口腔黏膜健康檢查」？

- 0 沒有【跳問 D10d_2】 1 有 不知道 不確定 拒答

↓ ↓ ↓
【跳問 D10n】

D10d_1. 請問您最近一次做檢查是什麼時候？

- 1 未滿1年【跳問 D10n】 4 3年以上未滿5年【續問 D10d_2】
2 1年以上未滿2年【跳問 D10n】 5 5年以上【續問 D10d_2】
3 2年以上未滿3年【續問 D10d_2】

↓ ↓
★D10d_2. 請問您沒做過/超過2年沒做口腔黏膜健康檢查的主要原因是什麼？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 不知道有此服務 5 身體很好
2 附近沒有可以提供此服務之診所及醫院 6 認為得口腔癌的機會低
3 交通不便 7 不知道去哪裡檢查
4 沒空 8 其他原因

↓
【跳問 D10n 嚼食檳榔認知】

現嚼食檳榔者

D10e. 請問您最近六個月嚼食檳榔的情形？

- 0 很少(每月不到1天) 【跳問 D10g】 1 每天嚼(每週6~7天)
2 每週嚼3~5天 3 每週嚼1~2天 4 每週少於1天

D10f. 最近六個月，您有嚼食檳榔的那幾天，您平均每天吃幾顆檳榔？

- 1 約每天幾_____顆或每天約_____元的檳榔

D10g. 您一共(攏總)已經吃了幾年的檳榔？(扣除戒嚼期間)

- 1未滿1年 33年以上未滿5年 510年以上未滿15年 720年以上
21年以上未滿3年 45年以上未滿10年 615年以上未滿20年

D10h. 您從幾歲開始有嚼檳榔的習慣？【會主動想嚼檳榔】

- 0 沒有嚼檳榔習慣【續問 D10i】 1 有嚼檳榔習慣→_____足歲開始有嚼檳榔習慣

★D10i 您第一次嚼食檳榔的主要原因是什麼？【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 好奇 4 為了提神 7 其他原因
2 為了交朋友，獲得同儕的認同 5 為了禦寒保暖
3 商場上/工作上需要 6 受家人/朋友影響(別人都在吃，所以一起吃)

D10j. 您最近一年內有沒有嘗試戒掉嚼檳榔的習慣？

- 0 沒有【跳問 D10k】 1 有

D10j_1. 維持戒嚼的最長時間達多久？

- 1 未滿1個月 3 4~6個月 其他
2 2~3個月 4 7個月~1年

★D10j_2. 影響您嘗試戒嚼檳榔主要的因素是？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 醫護人員勸戒 4 有檳榔同好者罹患口腔病變或癌症案例
2 家人朋友勸戒 5 媒體宣導
3 身體不適 6 其他原因

★D10j_3. 當您停止嚼檳榔後有沒有什麼反應？【可複選】

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- a 口乾舌燥 c 煩躁 e 精神不集中 g 其他反應
b 無精打采 d 會冒冷汗 f 沒有任何感覺/反應

D10k. 最近一年內是否曾有醫護人員勸您戒掉檳榔？ 0 沒有 1 有

★D10l. 請問您現在還在嚼檳榔的主要原因是什麼？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 因工作關係須靠它提神
2 因檳榔可助建立人際關係
3 受周圍環境及朋友之影響
4 無聊的時候就想吃
5 習慣了
6 嚼的不多，沒上癮，偶爾想嚼就嚼
7 有想戒但戒不掉所以繼續嚼
8 正在戒
9 其他原因

D10m. 請問您有沒有做過「口腔黏膜健康檢查」？

0 沒有【跳問 D10m_2】 1 有 不知道 不確定 拒答

↓ ↓ ↓

【跳問 D10n】

↓

D10m_1. 請問您最近一次做檢查是什麼時候？

1 未滿 1 年 **【跳問 D10n】** 4 3 年以上未滿 5 年 **【續問 D10m_2】**
 2 1 年以上未滿 2 年 **【跳問 D10n】** 5 5 年以上 **【續問 D10m_2】**
 3 2 年以上未滿 3 年 **【續問 D10m_2】**

↓

★D10m_2. 請問您沒做過/超過 2 年沒做口腔黏膜健康檢查的主要原因是什麼？
【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

1 不知道有此服務 5 身體很好
2 附近沒有可以提供此服務之診所及醫院 6 認為得口腔癌的機會低
3 交通不便 7 不知道去哪裡檢查
4 沒空 8 其他原因

嚼食檳榔認知

★D10n. 「即使檳榔不含紅白灰、荖葉、荖花等添加物，也具有致癌性」這個說法，對或不對呢？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 0 不對 1 對 不知道

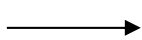
腰圍、身高與體重

D11a. 請問您的腰圍是幾公分？腰圍_____公分或_____吋

【訪員填寫】

D11a_1. 這是口述還是實際測量的？

1 口述



D11a_1a. 依據：**【跳問 D11b】**

1 個案告知測量結果 2 個案告知衣物尺寸

2 訪員實際測量



D11a_2a. 方式：

1 平貼著皮膚量 2 隔著衣物量

D11b. 您有沒有固定量腰圍的習慣？

0 沒有 **【跳問 D11c】**

1 有



D11b_1. 您大概多久量一次腰圍？

1 幾乎每個月量

4 7~12 個月量一次

2 1~3 個月一次

5 超過 1 年以上才量一次

3 4~6 個月一次

D11c. 請問您現在的身高及體重各是多少？

D11c_1 身高_____公分

D11c_2 體重_____公斤

【訪員填寫】

D11c_3. 這是口述還是實際測量的？

D11c_3a. 身高是 1 口述

2 實際測量

D11c_3b. 體重是 1 口述

2 實際測量

D11d. 您大概多久量一次體重？

1 幾乎每天量

3 幾乎每月量

5 很少量

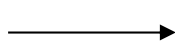
2 幾乎每週量

4 2~3 個月以上才量一次

D11e. 請問您在過去一年中，沒有刻意減肥或增重的情況下，體重是否有改變的情形？
(刻意減肥包括飲食控制、運動) **【若有：】**是增加還是減少？

1 沒有 **【跳問 D12】**

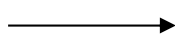
2 有增加



D11e_1. 那請問是增加_____公斤？ **【若無法回答則續問】**

1 不到 3 公斤 2 3~4.5 公斤 3 超過 4.5 公斤

3 有減少



D11e_2. 那請問是減少_____公斤？ **【若無法回答續問】**

1 不到 3 公斤 2 3~4.5 公斤 3 超過 4.5 公斤

體重控制

D12. 您**現在**是否有在控制體重？（包括減輕體重、增加體重、維持現狀等）

- 1 減輕體重 2 控制維持現狀 3 增加體重 4 沒有做任何控制



【跳問 D13a】

D12a. 您**現在**是用什麼方式來減輕體重／控制體重？【可複選】

- a 參加醫院或門診體重控制班 j 埋針
b 參加私人體重控制班 k 使用市售減肥代餐包或減肥茶
c 使用偏方 l 飲食自我控制(多吃水果與蔬菜、或減少甜食與精緻食品、控制食量、戒掉宵夜)
d 多運動
e 減少熱量攝取 m 服用減肥藥
f 跳過幾餐不吃 n 服用瀉藥
g 減少脂肪攝取 o 催吐
h 減少或不吃肉類製品 p 禁食 24 小時或更久
i 針灸 q 其他方式

蔬果攝取情形

D13a. 一般來說，您一星期內有幾天會吃到水果？_____天【若答 0 天，跳問 D13c】

D13b. 有吃水果的日子，您平均一天吃到多少份？(一份水果約 1 個拳頭大小)
_____份

D13c. 一般來說，您一星期內有幾天會吃到蔬菜？_____天【若答 0 天，跳問 D13e】

D13d. 有吃蔬菜的日子，您平均一天吃到多少份？(煮熟蔬菜一份約 1/2 飯碗、生鮮葉菜一份約 1 飯碗)_____份

食慾問題

D13e. 一般來說，您每天的食慾如何？

- 1 非常好 2 好 3 普通 4 差

嗆咳問題

D13f. 一般來說，當您吃或喝東西時，是否容易嗆、咳或痛？

- 1 總是 2 有時 3 很少 4 從不

餐次問題

D13g. 一般來說，有的人會跳過餐次沒有吃，而一天吃不到三餐，請問您有這樣的情形嗎？

- 1 幾乎每天 2 經常 3 有時 4 從不或很少

備餐問題

D13h. 您是自己準備餐食嗎？【自己準備餐食的定義：自己進行烹飪、準備食物之流程】

- 0 否 1 是 →

D13h_2. 下面哪種形容比較符合您準備餐食的情形

- 1 我通常覺得準備餐食是苦差事
2 我有時覺得準備餐食是苦差事
3 我很享受準備餐食的過程

D13h_1. 下面哪種形容比較符合幫您準備的餐食

- 1 我不滿意別人幫我準備的餐食品質
2 我滿意別人幫我準備的餐食品質

D14_0. 【訪員查核】樣本個案為 1 非臥床者【續問 D14a】2 臥床者【跳問 D18】

工作時的身體活動

D14a. 請問，您的工作需要做**劇烈活動**並造成會喘且會流汗(如搬運或舉重物、挖掘或建築工作)時間至少持續 10 分鐘的嗎？

【訪員注意：至少持續 10 分鐘以上才算】

0 沒有【跳問 D14b】

1 有【續問 D14a_1】

D14a_1. 請問，您的工作中通常每週有多少天會做**劇烈活動**？

_____天

D14a_2. 請問，您通常每天工作中做多長時間的**劇烈活動**？

_____小時_____分鐘

D14b. 請問，您的工作需要做會喘或會流汗的**中等強度活動**，如快步走（搬運較輕的物品）時間至少持續 10 分鐘嗎？

0 沒有【跳問 D15】

1 有【續問 D14b_1】

D14b_1. 請問，您通常每週有多少天工作時做**中等強度的活動**？

_____天

D14b_2. 請問，您通常每天工作時做多長時間**中等強度的活動**？

_____小時_____分鐘

交通時的身體活動

再來我想要請問您一些有關於您在一般日常生活中，交通、移動相關的問題。例如：通勤(上班、上課)、買菜、購物、接送小孩、去廟裡拜拜及上教堂等等。以下問題不包括上述工作時的身體活動。

【給訪員的說明：此處交通移動是指，因為某些需要而移動至他處(或/和回程)；若走路、散步、騎腳踏車之目的為「運動」，則不算。】

D15. 在您的一般日常生活中，請問您有因為上述交通、移動的需要，而走路或騎腳踏車持續 10 分鐘以上嗎？

沒有【跳問 D16a】

有



D15a. 一般來說，您每週有多少天因為上述交通、移動的需要，而曾經一天中走路持續 10 分鐘以上？_____天【沒有持續 10 分鐘以上者請填 0，跳問 D15c】

D15b. 請問您通常一天因為交通、移動而花在走路上的時間有多久？

1 一天 _____小時_____分鐘 不知道 不確定

D15c. 一般來說，您每週有多少天因為上述交通、移動的需要，而曾經騎腳踏車持續 10 分鐘以上？_____天【沒有持續 10 分鐘以上者請填 0，跳問 D16a】

D15d. 請問您通常一天因為交通、移動而花在騎腳踏車上的時間有多久？

1 一天_____小時_____分鐘 不知道 不確定

休閒性的身體活動

以下問題不包括上述的工作和交通過程中的身體活動。現在請教您有關運動、健身和休閒性身體活動的問題。

D16a. 請問，您進行會喘且會流汗的**劇烈運動**、健身和休閒性身體活動並至少持續 10 分鐘以上嗎？

0 沒有【跳問 D16b】

1 有【續問 D16a_1】

D16a_1. 請問，您通常每週有多少天進行**劇烈的**運動、健身和休閒性身體活動？
_____天

D16a_2. 請問，您通常每天花多長時間進行**劇烈的**運動、健身和休閒性身體活動？
_____小時_____分鐘

D16b. 請問，您進行會喘或會流汗的**中等強度**的運動、健身和休閒性身體活動，如快步走（騎腳踏車、游泳、排球）至少持續 10 分鐘或以上嗎？

0 沒有【跳問 D17】

1 有【續問 D16b_1】

D16b_1. 請問，您通常每週有多少天進行**中等強度**的運動、健身和休閒性身體活動？
_____天

D16b_2. 請問，您通常每天花多長時間進行**中等強度**的運動、健身和休閒性身體活動？

久坐情形

D17. 請問您平均一天坐著的時間，大約有多少小時，包括聊天、打瞌睡、上班、上學、坐車、看書、看報紙、看電視、玩電腦？【以小時做記錄，四捨五入取到整數】

- 1 共_____小時 不知道 不確定 拒答 其他

D17a. 請問您假日坐著的時間是否與非假日坐著的時間相同？

0 差不多【跳問 D18】

1 不相同

D17a_1. 請問您平日一天坐著的時間共_____小時

D17a_2. 請問您假日一天坐著的時間共_____小時

最近三個月之生活參與

前言：接下來，我要來請教您最近三個月內生活參與的情形

D18a. 您平常有沒有幫忙打掃家裡？

- 1 從不 2 很少 3 有時 4 常常

D18b. 請問您多久和您的子女見一次面？

(以所有子女整體來算，以最經常見面的那位頻率為準)

- 1 從不見面 2 每天見面 3 每週至少 2~3 次
4 每週至少 1 次 5 每月至少 1 次 6 很少見面 7 沒有子女
8 子女已過世

D18c. 請問您多久和您的兄弟姊妹見一次面？

- 1 從不見面 2 每天見面 3 每週至少 2~3 次
4 每週至少 1 次 5 每月至少 1 次 6 很少見面 7 沒有兄弟姊妹
8 兄弟姐妹已過世

D18d. 請問您多久和您的其他親戚見一次面？

- 1 從不見面 2 每天見面 3 每週至少 2~3 次
4 每週至少 1 次 5 每月至少 1 次 6 很少見面 7 沒有其他親戚
8 其他親戚已過世

D18e. 請問您與朋友多久會聯絡(包括見面、通電話、寫信或網路通訊軟體)一次？

- 1 從不聯絡 2 每天聯絡 3 每週至少聯絡 2~3 次
4 每週至少 1 次 5 每個月至少 1 次 6 很少聯絡 7 沒有朋友

D18f. 請問您和鄰居多久會一起聊天、或您到他家或他到您家坐坐(要彼此有聊天、互動才算，只是碰面點頭打招呼不算)？

- 1 從不來往 2 每天 3 每週至少 2~3 次
4 每週至少 1 次 5 每個月至少 1 次 6 很少 7 沒有鄰居

D18g. 您目前有沒有在幫忙照顧小孩(包括子女、孫子女及當保母帶別人的小孩)？

- 1 沒有 2 很少 3 有時 4 常常

D18h. 您目前有沒有在擔任義工或志工？

1 沒有 2 很少 3 有時 4 常常

D18i. 請問您有沒有參加任何宗教活動(例如進香團、參加教會活動、做禮拜等)？

0 沒有 1 有，偶爾參加 2 有，定期參加

D18j. 請問您有沒有參加社區或鄰里的團體或活動，如老人會、村里民活動、康樂活動(如早覺會、土風舞、氣功社等)？

0 沒有 1 有，偶爾參加 2 有，定期參加

【★E、F、G 題組不可代答，若為代答者直接跳問 H 節】

【訪員查核】

E1_0. 接著為 E、F、G 節，此三節需樣本個案本人回答，請確認受訪者是否為樣本個案本人

0 否【跳問 H1】 1 是【續問 E】

★E、EQ-5D

前言：接下來要請您告訴我，關於您今天的健康狀況，我會唸出幾個選項，請您告訴我那一個最符合您今天的健康狀況。

【訪員請注意：請逐項唸出下列各組選項，讓受訪者指出哪一項敘述最能描述他今天的健康狀況，並在空格內打勾。】

【★E1-E6 題組不可代答，若為代答者直接跳問 G 節】

★E1. 行動

- 1 我四處走動沒有困難
- 2 我四處走動有一點困難
- 3 我四處走動有中度的困難
- 4 我四處走動有嚴重的困難
- 5 我無法四處走動

★E2. 自我照顧

- 1 我自己洗澡或穿衣沒有困難
- 2 我自己洗澡或穿衣有一點困難
- 3 我自己洗澡或穿衣有中度的困難
- 4 我自己洗澡或穿衣有嚴重的困難
- 5 我無法自己洗澡或穿衣

★E3. 平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- 1 我進行日常活動沒有困難
- 2 我進行日常活動有一點困難
- 3 我進行日常活動有中度的困難
- 4 我進行日常活動有嚴重的困難
- 5 我無法進行日常活動

★E4. 疼痛/不舒服

- 1 我沒有疼痛或不舒服
- 2 我有一點疼痛或不舒服
- 3 我有中度的疼痛或不舒服
- 4 我有嚴重的疼痛或不舒服
- 5 我有非常嚴重的疼痛或不舒服

★E5. 焦慮/沮喪

- 1 我沒有焦慮或沮喪
- 2 我有一點焦慮或沮喪
- 3 我有中度的焦慮或沮喪
- 4 我有嚴重的焦慮或沮喪
- 5 我有非常嚴重的焦慮或沮喪

想像中
最好的
健康狀況

★E6. 健康狀態

為了幫助一般人陳述健康狀況的好壞，我們畫了一個刻度尺（有點像溫度計），在這刻度尺上，100 代表您想像中最好的狀況，0 代表您想像中最差的狀況。

我們希望就您的看法，在這個刻度尺上標出您今天健康狀況的好壞。請從下面方格中畫出一條線，連到刻度尺上最能代表您今天健康狀況好壞的那一點。

【請出示圖卡中的健康狀況尺規，讓受訪者點出最能代表他今天健康狀況的那一點，再由訪員填寫分數】

分數： _____



想像中
最差的
健康狀況

★F、心理健康評估(CES-D)

【訪員查核】

F0. F節及G節題目需由樣本個案本人回答，請確認受訪者是否為樣本個案本人
0 代答者【跳問H1】 1 樣本個案本人【續問F1】

| 過去一週內，您會不會覺得…… | 0 從不 或 很少 (少於1天) | 1 有時 候 (1~2天) | 2 常常 (3~4天) | 3 幾乎 一直 是 (5~7天) |
|--------------------|------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------------|
| ★F1. 覺得不想吃東西、胃口不好 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F2. 覺得心情很不好、鬱悶 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F3. 覺得事情總是不太順利 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F4. 睡不安穩(不入眠) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F5. 覺得很快樂 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F6. 覺得寂寞、孤單 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F7. 覺得別人都不友善 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F8. 覺得日子過的很好，享受人生 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F9. 覺得傷心、悲哀 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ★F10. 提不起勁來做任何事 | 0 | 1 | 2 | 3 |

G、認知功能(MMSE)

【訪員先向個案說明】：接下來要請您花一點時間告訴我們一些關於記憶的問題，每個人都難免有些事情會有不記得的時候，所以也請您不要介意，盡量回答我們的問題。

| | 回答 | 得分 | 其他 |
|---|----------------------------------|-----|-----------------------------|
| 與時間相關的問題 | | | |
| ★G1. 現在是… | 民國幾年 _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 什麼季節 _____ | 0 1 | |
| | (一年中的)幾月 _____ | 0 1 | |
| | (一週的)星期幾 _____ | 0 1 | |
| | 今天是幾號 _____ | 0 1 | |
| 與地點相關的問題 | | | |
| ★G2. 您現在在哪裡？是在… | 什麼縣市 _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 哪個鄉鎮市區 _____ | 0 1 | |
| | 什麼路/街/村里 _____ | 0 1 | |
| | 這棟房子是在做什麼的 _____ | 0 1 | |
| | 現在在幾樓 _____ (這間房間是做什麼的) _____ | 0 1 | |
| 熟記 | | | |
| ★G3. 仔細聽好，我將說出三個名詞。您必須在我說完之後把他們再說出來。準備好了嗎？ | | | |
| 開始了…剪刀[暫停]火車[暫停]石頭[暫停]。現在請對我重複說出這幾個名詞 | | | |
| | 剪刀 _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 火車 _____ | 0 1 | |
| | 石頭 _____ | 0 1 | |
| 請記住這些名詞。幾分鐘後我會請您將他們再說一遍 | | | |
| 注意力和計算能力[連續減7] | | | |
| ★G4. 現在我要您從 100 減去 7，然後將每個答案再繼續減 7，直到我告訴您停下來為止。 | | | |
| | 100 減去 7 等於多少？ _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 【答案若經訪員提示，請於答案的數字前加 0】 _____ | 0 1 | |
| | _____ | 0 1 | |
| | _____ | 0 1 | |
| | _____ | 0 1 | |
| 記憶力 | | | |
| ★G5. 我剛剛請您記住的三個名詞是什麼？[不得給任何提示] | | | |
| | 剪刀 _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 火車 _____ | 0 1 | |
| | 石頭 _____ | 0 1 | |
| 名稱* | | | |
| | ★G6. 這是什麼？[指著一支鉛筆或原子筆] _____ | 0 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| | 這是什麼？[指著一支手錶] _____ | 0 1 | |
| *可以用其他常用物品(例如：眼鏡、椅子、鑰匙)來取代。 | | | |

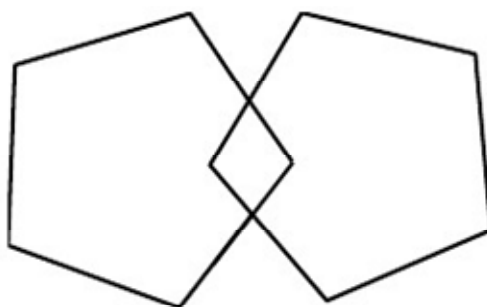
| | | | |
|--|------------------------------|------|---|
| 複述 | | | |
| ★G7. 現在我要您重複我所說的話。準備好了嗎？「台語：有來無去真趣味」或「客語：有來無去真聲色(趣)」或「國語：有往無來不自在」現在由您來說這句話 [最多重複5次，但僅記錄首次嘗試的得分] | | | |
| 台語：有來無去真趣味 _____ | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| 客語：有來無去真聲色(趣) _____ | | | |
| 國語：有往無來不自在 _____ | | | |
| 理解 | | | |
| ★G8. 仔細聽好，因為我要請您做些動作。 左手拿著這張紙[暫停]，將它對半折起[暫停]，然後把它放在地上(或桌上) [如果受訪者僅有右手，改請受訪者用右手拿紙] | | | |
| 左手拿著 _____ | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 |
| 對半折起 _____ | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> 2. 上肢功能障礙 |
| 放在地上(或桌上) _____ | 0 | 1 | |
| 閱讀 | | | |
| ★G9. 讀這個，並照著他所說的做。 [向受訪者展示訪問狀況記錄表上的文字] | | | |
| 閉上眼睛 _____ | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> . 拒答 <input type="checkbox"/> 2 不識字 <input type="checkbox"/> 3. 看不清楚或識字不多 <input type="checkbox"/> 4. 受訪者失明 |
| 書寫 | | | |
| ★G10. 請寫出一個句子。 [若受訪者沒有反應，則說： 比如你可以寫句子形容今天的天氣] 將訪問狀況記錄表放在受訪者面前，並提供原子筆或鉛筆。若句子可以理解，且含有主詞和動詞，就得1分。忽略文法錯誤或錯別字 | | | |
| | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 <input type="checkbox"/> 2. 上肢功能障礙 <input type="checkbox"/> 3. 不識字或不會寫字 <input type="checkbox"/> 4. 受訪者失明 |
| | <input type="checkbox"/> 經提示 | | |
| 畫圖 | | | |
| ★G11. 請將此圖形畫出來。[向受訪者顯示訪問狀況記錄表上相交錯的五角形。] 若所畫的圖含有兩個互相交錯的五邊形，且交錯部分形成了一個四邊形，就得一分。 | | | |
| | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> 拒答 <input type="checkbox"/> 2. 上肢功能障礙 <input type="checkbox"/> 3. 受訪者失明 |
| 意識程度的評估 | | | |
| _____ | | 1 | 2 |
| 1 清醒/有反應 | 2 呆滯 | 3 恍惚 | 4 昏睡狀態/無反應 |

根據 Marshal Folstein 和 Susan Folstein 所發展的Mini Mental State Examination，經出版商Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549 的特許而修正並重製。Mini Mental LLC 擁有1975年、1998年、2001年 MMSE的版權，版權所有。在2001年由 Psychological Assessment Resources, Inc.發行。在未經 Psychological Assessment Resources, Inc.的書面許可下，本表格的全部或部份內容皆不得以任何方式重新製作。可撥打 +1(813) 968-3003 聯絡 PAR 購買MMSE。

閉上眼睛

根據 Marshal Folstein 和 Susan Folstein 所發展的Mini Mental State Examination，經出版商Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549 的特許而修正並重製。Mini Mental LLC 擁有1975年、1998年、2001年 MMSE的版權，版權所有。在2001年由 Psychological Assessment Resources, Inc.發行。在未經 Psychological Assessment Resources, Inc.的書面許可下，本表格的全部或部份內容皆不得以任何方式重新製作。可撥打 +1(813) 968-3003 聯絡 PAR 購買MMSE。

02-Apr-,2008



根據 Marshal Folstein 和 Susan Folstein 所發展的Mini Mental State Examination，經出版商Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549 的特許而修正並重製。Mini Mental LLC 擁有1975年、1998年、2001年 MMSE的版權，版權所有。在2001年由 Psychological Assessment Resources, Inc.發行。在未經 Psychological Assessment Resources, Inc.的書面許可下，本表格的全部或部份內容皆不得以任何方式重新製作。可撥打 +1(813) 968-3003 聯絡 PAR 購買MMSE。 02-Apr.,2008

H、工作、經濟與保險狀況

工作狀況

H1. 您從以前到現在有沒有工作過？

1 從未工作過

→ H1_1. 您為什麼沒有工作呢？

1 家管 2 學生 3 無工作能力 4 其他原因

【跳問 H2】

2 現在沒有，但以前曾有工作過

→ H1_2. 後來為什麼沒有在工作了呢？

1 退休或年紀大了
2 健康的問題，不能繼續工作
3 工作不適應
4 公司裁員或關閉遷移等，被遣散
5 收入不滿意
6 生意失敗/經濟不景氣，利潤太差
7 學生
8 家庭因素：結婚或照顧家裡小孩子的關係
9 其他因素 **【跳問 H2】**

3 目前有工作



H1_3. 請問您目前有幾個工作？（包括主、副業）_____個

H1_3a. 請問您目前的主要工作狀況？

1 全時間工作 2 部分時間工作 3 學生 **【跳問 H2】** 其他

H1_3b. 請問您目前主要的工作是什麼？這個工作您是擔任什麼職位？

【請另記錄於訪問狀況紀錄表】

職業：_____ 職位：_____

【以下 H1_3c~H1_3e 請另記錄於訪問狀況紀錄表】

H1_3c. 您的**主要**工作是屬於政府雇用、民間雇用、自己就是雇主也有員工，或是沒有員工的自營事業？

1 政府雇用 2 民間雇用 3 自營（下無員工） 4 雇主（下有員工）

【續問H1_3d】

【跳問H1_3e】

【跳問H1_3f】

【跳問H1_3e】

H1_3d. 您是否經銓敘部銓敘審定？

0 不是

1 是

H1_3e. 您這份主要工作，共雇用多少員工？

1 少於 30 人

2 30 人以上

H1_3f. 請問您平常**每週**工作幾個小時？（包括主、副業，但排除通勤時間）_____小時

全民健康保險

H2. 您最近一個月有無參加全民健保？

- 0 從未加入健保 1 有參加健保【跳問 H3a】 2 中斷投保 其他

H2a. 您目前未參加全民健保的原因為何？【可複選，依個案或可依附投保之人(即配偶/父母/已成年之子女)之原因勾選】

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a 雇主拒絕辦投保 | <input type="checkbox"/> h 已有其他商業保險 |
| <input type="checkbox"/> b 收入不穩或太少 | <input type="checkbox"/> i 工作轉換尚未投保 |
| <input type="checkbox"/> c 失業 | <input type="checkbox"/> j 身體健康不需投保 |
| <input type="checkbox"/> d 不知有全民健保 | <input type="checkbox"/> k 長期出國 |
| <input type="checkbox"/> e 不知如何投保 | <input type="checkbox"/> l 受刑人 |
| <input type="checkbox"/> f 積欠保費不敢投保 | <input type="checkbox"/> m 家庭因素(例如： <u>可依附投保之家人失和/離異/去世</u>) |
| <input type="checkbox"/> g 覺得保費太貴 | <input type="checkbox"/> n 其他原因 |

收入狀況

H3a. 過去一年，您平均一個月的收入（包括薪資、租金、投資所得、子女給的、父母給的、社會救助、退休金等），大約有多少？

- | | |
|---|--|
| 0 <input type="checkbox"/> 沒有收入 | 5 <input type="checkbox"/> 2 萬元～未滿 4 萬元 |
| 1 <input type="checkbox"/> 未滿 5 千元 | 6 <input type="checkbox"/> 4 萬元～未滿 6 萬元 |
| 2 <input type="checkbox"/> 5 千元～未滿 1 萬元 | 7 <input type="checkbox"/> 6 萬元～未滿 8 萬元 |
| 3 <input type="checkbox"/> 1 萬元～未滿 1 萬 5 千元 | 8 <input type="checkbox"/> 8 萬元～未滿 10 萬元 |
| 4 <input type="checkbox"/> 1 萬 5 千元～未滿 2 萬元 | 9 <input type="checkbox"/> 10 萬元及以上 |

H3b. 過去一年，您家中的收入全部算在一起（包括薪資、租金、投資所得、子女給的、父母給的、社會救助、退休金等），平均一個月大約有多少？

【訪員注意：若父母給的、子女給的，如果還是住在同一戶不要重複計算入】

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> 未滿 3 萬元 | 5 <input type="checkbox"/> 10 萬元～未滿 15 萬元 |
| 2 <input type="checkbox"/> 3 萬元～未滿 5 萬元 | 6 <input type="checkbox"/> 15 萬元～未滿 20 萬元 |
| 3 <input type="checkbox"/> 5 萬元～未滿 7 萬元 | 7 <input type="checkbox"/> 20 萬元及以上 |
| 4 <input type="checkbox"/> 7 萬元～未滿 10 萬元 | |

H3c. 請問您(和您先生/太太)最近一年最主要的收入來源是哪一項？

- 1 自己的工作收入
- 2 配偶的工作收入
- 3 老人年金、養老金、退休、撫卹金或保險金
- 4 租金、利息或股票、房地產交易所
- 5 自家或家族事業之收入
- 6 農、林、漁、牧事業之收入
- 7 子女或其他親戚給的
- 8 社會福利救濟金、政府補助金、低收入津貼、敬老金等
- 9 其他來源

H3d. 您(和您先生/太太)最近一年次要的收入來源是哪一項？

- 0 沒有次要收入來源
- 1 自己的工作收入
- 2 配偶的工作收入
- 3 老人年金、養老金、退休、撫卹金或保險金
- 4 租金、利息或股票、房地產交易所
- 5 自家或家族事業之收入
- 6 農、林、漁、牧事業之收入
- 7 子女或其他親戚給的
- 8 社會福利救濟金、政府補助金、低收入津貼、敬老金等
- 9 其他來源

★H3e. 整體而言，您對您目前的經濟狀況滿不滿意？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

- 1 非常不滿意 2 不太滿意 3 普通 4 滿意 5 非常滿意

H3f. 請問您(和您先生/太太)在應付每個月的生活費用或開支上，是否足夠或有困難？

- 1 相當困難 2 略有困難 3 大致夠用，不感覺欠缺 4 相當充裕而有餘

電話使用

H4a. 請問您目前有沒有一支或一支以上有效的手機門號？（以過去一個月有撥打，且現在沒有停話的門號為準）

0 沒有【跳問 H4c】 1 有【續問 H4b】

H4b. 過去一個月，請問您總共使用多少支手機門號？_____支

H4c. 請問您家中現在有沒有至少一支以上可以使用的家用電話號碼？

（不包括手機、傳真或上網專用電話）

0 沒有 1 有

面訪附加題組 (A 組：01、03)、(B 組：02)

【★O1-O3 題組不可代答，若為代答者則問卷結束】

【訪員查核】

01_0. 01-03 節需樣本個案本人回答，請確認受訪者是否為樣本個案本人

0 否【跳問 J1】 1 是【續問 0 節】

★01、幸福感【附加題組】

01a. 您滿意您目前的生活嗎？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

01b. 針對下列的情緒形容詞，請您評估自己在過去一個月中，有多常經驗到以下這些情緒。

01b_1 難過的

總是 常常 有時 很少 從不

01b_2 滿足的

總是 常常 有時 很少 從不

01c. 您的內心是輕鬆自在的

總是 常常 有時 很少 從不

01d. 您善於運用自己的時間，因此您可以完成需要完成的事

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

01e. 隨著年紀增長，您覺得自己成熟不少。

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

01f. 您是一個積極實現自己計畫的人。

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

01g. 您和朋友之間能彼此信任。

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

01h. 與朋友和認識的人相比時，您對自己感到滿意。

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

01i. 重要家人與您平常的相處情形是

非常融洽 融洽 普通 不融洽 非常不融洽

★02. 自覺健康狀態 (SF-36)【附加題組】

【★02a ~ 02k 題不可代答，若為代答者直接跳問 G 節】

接下來的問題，主要是想瞭解您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答下列各問題並選擇一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

★02a. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是：

- 1 極好的
- 2 很好
- 3 好
- 4 普通
- 5 不好

★02b. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

- 1 比一年前好很多
- 2 比一年前好一些
- 3 和一年前差不多
- 4 比一年前差一些
- 5 比一年前差很多

★02c. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

| 活 動 | 會， 受到很多限制 | 會， 受到一些限制 | 不會， 完全不受限制 |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動 | 1 | 2 | 3 |
| 2. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳 | 1 | 2 | 3 |
| 3. 提起或攜帶食品雜貨 | 1 | 2 | 3 |
| 4. 爬數層樓樓梯 | 1 | 2 | 3 |
| 5. 爬一層樓樓梯 | 1 | 2 | 3 |
| 6. 彎腰、跪下或蹲下 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 走路超過 1 公里 | 1 | 2 | 3 |
| 8. 走過數個街口 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 走過一個街口 | 1 | 2 | 3 |
| 10. 自己洗澡或穿衣 | 1 | 2 | 3 |

★02d. 在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其它日常活動方面有下列任何的問題？

| | 是 | 否 |
|-------------------------|---|---|
| 1. 做工作或其它活動的時間減少 | 1 | 2 |
| 2. 完成的工作量比您想要完成的較少 | 1 | 2 |
| 3. 可以做的工作或其它活動的種類受到限制 | 1 | 2 |
| 4. 做工作或其它活動有困難（例如，須更吃力） | 1 | 2 |

★02e. 在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其它日常活動方面有下列的問題？

| | 是 | 否 |
|----------------------------|---|---|
| 1. 做工作或其它活動的 <u>時間減少</u> | 1 | 2 |
| 2. 完成的工作量比您想要 <u>完成的較少</u> | 1 | 2 |
| 3. 做工作或其它活動時不如以往 <u>小心</u> | 1 | 2 |

★02f. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

- 1 完全沒有妨礙
- 2 有一點妨礙
- 3 中度妨礙
- 4 相當多妨礙
- 5 妨礙到極點

★02g. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

- 1 完全不痛
- 2 非常輕微的痛
- 3 輕微的痛
- 4 中度的痛
- 5 嚴重的痛
- 6 非常嚴重的痛

★02h. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

- 1 完全沒有妨礙
- 2 有一點妨礙
- 3 中度妨礙
- 4 相當多妨礙
- 5 妨礙到極點

★02i. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候……。

| 在 <u>過去一個月</u> 中有多少時候： | 一直都是 | 大部分時間 | 經常 | 有時 | 很少 | 從不 |
|----------------------------|------|-------|----|----|----|----|
| 1. 您覺得充滿活力？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. 您是一個非常緊張的人？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. 您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. 您覺得心情平靜？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. 您精力充沛？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. 您覺得悶悶不樂和憂鬱？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. 您覺得筋疲力竭？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. 您是一個快樂的人？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. 您覺得累？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

★02j. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

- 1 一直都會
2 大部分時間會
3 有時候會
4 很少會
5 從不會

★02k. 下列各個陳述對您來說有多正確？

| | 完全正確 | 大部分正確 | 不知道 | 大部分不正確 | 完全不正確 |
|--------------------------|------|-------|-----|--------|-------|
| 1. 我好像比別人較容易生病 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 我想我的健康會越來越壞 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 我的健康狀況好得很 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

★ 03、中醫資源接受程度【附加題組】

前言：接下來，我想請教一些有關您對利用中醫醫療服務的看法與情形。

★03a. 過去一年您因為健康問題需要看醫生時，有沒有去看中醫？【1、2可複選】

1 有看中醫

2 有看中西醫合診

(解釋:同一疾病在診療室中同時有中醫師及西醫師；民眾看西醫後、自行再看中醫)

3 過去1年沒有需要看醫生

4 過去1年有需要看醫生，但沒有去看中醫

★03b. 您是否會因為養生保健或預防健康問題，接受下列哪些中醫或傳統養生保健行為？【逐項探問，可複選】

a 否

e 中醫傷科推拿

不知道

b 針灸

f 養生功法（例如氣功、太極拳、八段錦等）

c 中藥調理

g 藥浴或足浴

d 養生藥膳

h 其他方法

★03c. 您會在甚麼健康問題下而考慮選擇看中醫或傳統養生保健行為？【可複選】

新陳代謝症候群

a 肥胖症

d 高血脂症

b 高血壓、心臟病

e 糖尿病

c 中風

f 痛風

婦科疾病

g 痛經及調經等經期障礙

i 更年期障礙

h 子宮內膜異位症

j 生殖醫學(不孕症)

心身醫學

k 功能性腸胃障礙

m 失眠

l 憂鬱症

消化系統疾病

n 慢性便秘

p 肝炎

o 消化性潰瘍

皮膚疾病、過敏

q 異位性皮膚炎

s 慢性氣喘

r 過敏鼻炎及皮膚炎

老人醫學

t 骨關節退化

v 阿茲海默氏症

u 骨質疏鬆

w 帕金森氏症

其他類

x 癌症

y 其他

z 完全不考慮看中醫【跳問 03e】

★03d. 在您要看中醫時，您會依據甚麼方式做選擇？【可複選】

a 西醫轉介

d 常上電視的醫師

g 自己就認識中醫師

b 親朋好友介紹

e 網路資源

h 自己就是中醫師

c 電台廣播推薦

f 書報、雜誌

i 沒有特別偏好，就近就醫

j 其他

● 中藥使用及中西藥併用情形

前言：接下來，我想請教一些有關您對中藥使用及中西藥併用的看法與情形。

★03e. 過去一年內，您是否曾經服用過中醫門診或診所開立處方的中藥濃縮製劑（即科學中藥，中藥材經過煎煮、萃取、濃縮等加工過程製成，型態多為粉末、錠片、膠囊等）

0 否 1 是 2 忘記了/不知道

★03f. 過去一年內，您是否曾經在中藥房(行)自行購買或服用中藥(材)?

0 否 1 是 2 忘記了/不知道

★03g. 過去一年內，您是否曾經同時服用西藥及中藥?

0 否 1 是 2 忘記了/不知道

★03i. 您認為同時服用中藥及西藥，會不會產生身體的不良反應(例如頭痛、暈眩、噁心等不舒服的症狀)嗎?

0 不會 1 會 2 不知道

★03j. 您認為同時服用中藥及西藥，且身體產生不良反應時，可以向何人諮詢?

【可複選】

a 西醫師 c 中西醫合治醫師 e 護理師 不知道

b 中醫師 d 藥師 f 家人及朋友

【訪員注意】請檢查確認是否已在訪問狀況紀錄表記下受訪者/代答者之聯絡電話

【訪員注意】請確認或接續進行「衛生福利部衛生福利資料科學中心資料」比對與連結同意之說明與簽署

我們的面訪訪問到這邊告一段落，非常謝謝您的協助，下面想再麻煩您花一點點時間，填一份很短的問卷，謝謝！

【訪員自行填寫】

結束訪問時間： 1 上午 2 下午， _____時_____分(24 小時制)

詢問個案是否願意繼續填寫自填問卷：

0 否 1 是【請訪員填寫自填問卷開始時間，並續問 OS】



- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 不識字 | <input type="checkbox"/> 5 失明 |
| <input type="checkbox"/> 2 個案拒答 | <input type="checkbox"/> 6 老花眼 |
| <input type="checkbox"/> 3 重病或身體虛弱體力無法支持 | <input type="checkbox"/> 7 不會使用電腦 |
| <input type="checkbox"/> 4 家人拒絕讓個案填寫 | <input type="checkbox"/> 8 家人干擾作答 |

【跳 J1】

【訪員自行填寫：】

自填問卷開始填寫時間： 1 上午 2 下午， _____時_____分(24 小時制)

接下來請訪員將平板電腦畫面停在自填問卷，將平板電腦交給個案自己填寫！

● 附加題組(2選一) [限本人自行填答]

★OS_1、健康識能中文版 (A) 【附加題組】【15歲以上】

The European Health Literacy Survey (HLS-EU)

下列題目是有關使用健康資訊的經驗，題目中所描述的情形，對您來說是困難或容易呢？請勾選一個最接近您實際情形的答案。

| | 非常困難 1 | 有點困難 2 | 還算容易 3 | 非常容易 4 | 不清楚 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OS_1a. 找到您在意之疾病的相關治療資訊？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1b. 在您生病時找到哪裡可獲得專業的協助？(上述專業協助包含醫師、藥師或心理師等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1c. 瞭解您的醫生跟您說的話 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1d. 瞭解醫師或藥師跟您說的有關服用處方藥的指示 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1e. 判斷是否可能需要聽聽看另一位醫生的意見？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1f. 利用醫生給您的訊息來做與您的疾病相關的決定？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1g. 遵從醫生或藥師的指示？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1h. 找到有關如何處理心理健康問題(如：壓力或憂鬱症狀)的資訊？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1i. 瞭解有關不健康行為(例如吸菸、身體活動量低或飲酒過量等)的警告訊息？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1j. 瞭解為什麼您需要健康篩檢？(上述健康篩檢包含乳房檢查、血糖檢測、血壓測量等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1k. 判斷有關不健康之行為(例如吸菸、身體活動量低或飲酒過量等)的警告訊息是否可信？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1l. 基於媒體上的訊息來決定你能如何保護自己免於生病？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1m. 找到有助增進您心理上幸福感的活動？(上述活動包括冥想、運動、散步、皮拉提斯等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1n. 瞭解家人或朋友給的健康上的建議？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1o. 了解媒體上有關如何使人更健康的訊息？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_1p. 判斷哪些日常生活行為與您的健康有關？(上述日常生活行為包括飲食習慣和運動等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

★OS_2、健康識能-醫療場域版 【附加題組】【20歲以上】

下列題目是有關使用健康資訊的經驗，題目中所描述的情形，對您來說是困難或容易呢？請勾選一個最接近您實際情形的答案。

| | 非常困難 1 | 有點困難 2 | 還算容易 3 | 相當容易 4 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OS_2a1. 對我來說，尋找有關疾病的知識是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2a2. 對我來說，取得有關日常生活保健的資訊是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2a3. 對我來說，從網路找尋需要的健康資訊是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2a4. 對我來說，拿到健康檢查報告後，進一步收集相關資訊是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2b1. 對我來說，瞭解藥袋上的說明是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2b2. 對我來說，能按照醫療人員指示照護疾病是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2b3. 對我來說，瞭解醫療人員的說明是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2b4. 對我來說，能按照藥袋說明使用藥物是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2c1. 對我來說，判斷取得的健康資訊能不能解決健康問題是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2c2. 對我來說，判斷取得的健康資訊適不適合自己是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2c3. 對我來說，判斷取得的健康資訊跟其他資訊有沒有一致是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2c4. 對我來說，判斷網路的健康資訊可不可信是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2d1. 對我來說，應用健康資訊來瞭解病情的變化是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2d2. 對我來說，應用健康資訊來做好面對疾病的準備是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2d3. 對我來說，應用健康資訊來瞭解健康檢查結果是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2d4. 對我來說，應用健康資訊來選擇治療方法是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2e1. 對我來說，向醫師提出自己想要的檢查或治療方法是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2e2. 對我來說，跟醫療人員確認自己對醫療指示的理解是否正確是…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2e3. 對我來說，跟醫師討論治療方法是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OS_2e4. 對我來說，對醫療人員的說明有疑問時，能提出問題是… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

感謝您填寫問卷，請將自填問卷【平板電腦】交給訪員。
我們的訪問到這邊結束，非常謝謝您的協助！

【訪員自行填寫：】

受訪者是否完成自填問卷：0 未完成 1 完成

自填問卷結束填寫時間：1 上午 2 下午，_____時_____分(24 小時制)

J. 訪問紀實【本頁由訪員自行點選】

J1. 是否簽署「衛生福利部衛生福利資料科學中心資料」比對與連結同意？

【本題由訪員自行點選，訪問前請拿出同意書向受訪者說明】

- 0 不願意簽署
 1 有簽署

K. 訪問狀況紀錄【本頁由訪員自行點選】

k0. 訪員觀察樣本個案本人之身心狀況：

k0a. 身體狀況：1 無異常 2 坐輪椅 3 臥床 4 其他身體不佳狀況

k0b. 溝通狀況【可複選】：a 無異常 b 重聽 c 耳聾 d 啞巴
e 其他溝通不良情況

k0c. 心智狀況：1 無異常 2 失智(包括弱智) 3 精神異常
4 無意識(包括完全昏迷) 5 其他心智不佳狀況

k1a. 這一本問卷的訪問對象是：

- 1 樣本個案本人【跳至系統登出畫面】
2 代答者【續填 k1b、k1c】
3 樣本個案本人與代答者【續填 k1b、k1c】

k1b. 尋求代答的主要原因是：

- 1 重病或身體虛弱體力無法支持
2 嚴重的精神或心智障礙導致無法溝通
3 重聽、耳聾、啞巴或無法溝通
4 無法記憶
5 其他原因

k1c. 代答者是樣本個案的什麼人？

- 1 父親 2 母親
3 配偶 4 媳婦
5 女婿 6(外)孫子女
7 兒子 8 女兒
9 配偶父親 10 配偶母親
11 其他親戚 12 其他非親戚

系統登出