

核准機關：行政院主計處 94/03/25  
 台(94)處普三字第 0940002083 號函核准  
 有效期間：94 年 12 月 31 日止  
 財團法人國家衛生研究院  
 行政院衛生署管制藥品管理局  
 行政院衛生署國民健康局 共同辦理

樣本編號：(訪員填寫)

<b>B</b>									1-8
	鄉鎮區代碼				序列號				

## 民國九十四年 國民健康訪問調查個人問卷(12-64 歲) (適用 29 年 5 月 16 日至 82 年 5 月 15 日出生者)

請貼上樣本個案基本資料標籤	
問卷編號：	
姓名：	性別：
出生日期：民國_____年_____月_____日	
戶籍地址：_____縣市_____鄉鎮市區_____村里_____鄰 _____路街_____段_____巷_____弄_____號_____樓	

**卡 1**

卡號 9 - 10

代答者是個案之：\_\_\_\_\_ 代答者姓名：\_\_\_\_\_

代答者身分 11-12

現住地址是否與戶籍地址相同？  1 相同【跳問電話】  
 2 不相同【續填現住地址】

是否同戶籍址 13

**個 案**

現住地址：\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_村里\_\_\_\_\_鄰  
 \_\_\_\_\_路街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

現住鄉鎮市區 14 - 17

電話：(日) \_\_\_\_\_ (夜) \_\_\_\_\_

個案現住地址為： 1 一般家戶 2 養護機構 3 其他：\_\_\_\_\_

住戶型態 18

本案訪視結果： 1 全部完成 2 其他狀況(請說明)\_\_\_\_\_

結果 19

本案訪視是否一次完成？ 1 是 2 否，分\_\_\_\_\_次完成

幾次完成 20

是否完成自填問卷？ 1 是 2 否，原因：請寫出\_\_\_\_\_

完成 21

22-24

完訪調查員姓名：\_\_\_\_\_ 完訪日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

完訪調查員

月日 25-28

有無事先郵寄「給受訪者的信」？ 1 有 2 沒有

寄信 29

**下面訪員請勿填寫**

補 訪 問 題 號 碼	

初閱者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

初閱者 30-31

輔導員：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

輔導員 32-33

複閱者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

複閱者 34-35

過錄者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

過錄者 36-37

一次輸入者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

一次 38-39

二次輸入者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

二次 40-41

稽核者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

稽核者 42-43



【本頁由訪員自行填寫】

確認代答者或尋求代答者

k1. 這一本問卷的訪問對象是：

- 1 個案本人 **【跳至 A 大題】**
- 2 代答者 **【續填 k2、k3】**
- 3 個案本人與代答者 **【續填 k2、k3】**

k2. 尋求代答的主要原因是：

k2a. 訪問**開始**即因被查者有下列情形，而改找代答者：

- 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 其他 **【請寫出】**：\_\_\_\_\_

k2b. 訪問**中途**即因被查者有下列情形，而改找代答者：

- 1 無法記憶
- 2 因個案身體虛弱、體力無法支持
- 3 其他 **【請寫出】**：\_\_\_\_\_


k2b1. 是從那一節開始？

\_\_\_\_\_節開始代答

k3. 代答者是受訪個案的什麼人？

- 11 父親
- 12 母親
- 02 配偶
- 媳婦
- 女婿
- (外)孫子女
- 兒子(註明排行)
- 女兒(註明排行)
- 配偶父親
- 配偶母親
- 其他親戚
- 其他非親戚


**【寫出與個案關係】**

(\_\_\_\_\_)

※ 訪員注意：

如果問卷是由**代答者**代答，遇到有標註“★”的題目，表示**不用問**

訪問開始時間：1 上午      2 下午      \_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分(24 小時制)

這個訪問的主題是「國民健康訪問」，主要是希望瞭解您的健康狀況以及您利用醫療保健服務的情形，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，對這個訪問而言，都是非常寶貴而且重要的資料，為了要蒐集真正代表全國民眾健康的資料，所以請您一定要根據「您自己的真實情況」回答。謝謝您的合作。

**A. 個人基本資料**

**【訪員注意】**

【本問卷若係本人回答，以下均以「您」稱呼；若為代答者以第三人稱「他」稱之】

**年齡**

A1. 根據我們的戶口資料，您是在：

民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日出生的，請問您實際上是不是在那一天出生的？

1 是 **【跳問 A2】**      0 不是



A1a. 那麼**事實上**是什麼時候出生的？ **【訪員需注意，國曆或農曆】**

1. 民國 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日出生的，是 1 國曆    2 農曆

2. 不知道或不清楚 ——> 請問您現在滿\_\_\_\_\_歲，或生肖是\_\_\_\_\_

**【訪員請計算：依據調查日，個案實際年齡為\_\_\_\_\_足歲】**

**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？

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	不詳
--------	------	-------	-------	---------------------	------------	----

不識字	識字	一 二 三 四 五 六	一 二 三	一 二 三	一 二 三 四	
00	90	01 02 03 04 05 06	07 08 09	10 11 12	13 14 15 16	17      99
		初等科	高等科	一二三	四五	
		(日制)	(日制)	(五	專)	

91. 空中大學肄業

92. 空中行專肄業

**【請圈出上表之教育程度，並將對應之教育年數填入右欄】** 教育程度代號：\_\_\_\_\_

## 居住安排

A4. 您是不是一個人住？ 0 不是 1 是【跳問 A5】



A4a. 和您同住的有哪些人？【可複選】

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

A4b. 和您住在一起的總共有幾位(不含個案本人)\_\_\_\_\_位

## 婚姻狀況

A5. 請問您結婚了嗎？【若是】您的配偶是否經常住這裡？

- 1 已婚，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 6 個月以上時間沒有同住）
- 3 離婚
- 4 (正式)分居
- 5 喪偶
- 6 同居
- 7 未婚
- 8 其他：(請註明)\_\_\_\_\_

## 籍貫

A6a. 您的**父親**是本省閩南人(河洛人)、客家人、大陸省份，還是那裡人？

- 1 本省閩南人(河洛人) 4 原住民  
2 本省客家人 5 金門、馬祖  
3 大陸省份(外省人) 6 外國籍【請寫出】\_\_\_\_\_，  
民國\_\_\_\_\_年來台，沒有來台

A6a\_1 他是在台灣出生的嗎？ 0 不是 1 是 2 不知道 →【跳問 A6b】

A6a\_2. 那他有來台灣嗎？ 0 沒有來台  
1 有，民國\_\_\_\_\_年來台

A6b. 您的**母親**是本省閩南人(河洛人)、客家人、大陸省份，還是那裡人？

- 1 本省閩南人(河洛人) 4 原住民  
2 本省客家人 5 金門、馬祖  
3 大陸省份(外省人) 6 外國籍：【請寫出】\_\_\_\_\_，  
民國\_\_\_\_\_年來台，沒有來台

A6b\_1 她是在台灣出生的嗎？ 0 不是 1 是 2 不知道 →【跳問 A7】

A6b\_2. 那她有來台灣嗎？ 0 沒有來台  
1 有，民國\_\_\_\_\_年來台

## 宗教信仰

A7. 請問您本人信什麼宗教？

- 0 沒有任何宗教信仰 →
- 1 燒香、拜拜或是民間傳統信仰  
2 佛教  
3 道教  
4 一貫道  
5 基督教  
6 天主教  
7 回教  
8 其他【請寫出】：\_\_\_\_\_

A7a. 您家中有沒有燒香、拜拜？  
0 沒有 1 有

## B. 個人健康狀態

前言：接下來，我要來請教關於您和您的家人的健康情形：

### 家族史

B1. 請問您所有親生的兄弟姊妹(包括同父或同母的兄弟姐妹，無論是否存活，或是送養、過繼，但**不包括本人**)總共多少個？\_\_\_\_\_個， 您是排行第\_\_\_\_\_個

接著，我們想請問您的親生祖父母、親生父母、同父或同母之兄弟姊妹和親生子女（無論是否存活，或是送養、過繼），是否有人曾患過高血壓、糖尿病、高血脂症、心臟病、腦中風，或因為這個病而過世？

【訪員請逐一詢問各親屬別人數，再進一步詢問其中罹患各種疾病的人數分別為多少人？若某類親屬人數為 '0'，請自動將右列各疾病別人數填入'0'，再詢問下一類親屬別人數，依此類推】

	親屬人數	疾病別及罹病人數				
		a. 糖尿病	b. 高血脂症	c. 高血壓	d. 心臟病	e. 腦中風
B1a. 親生父親	X	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道
B1b. 親生母親	X	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道	<input type="checkbox"/> 0.沒有 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道
B1c. 親生祖父母/外祖父母	X	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道
B1d. 同父或同母兄弟*	_____人	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道
B1e. 同父或同母姊妹*	_____人	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道
B1f. 親生兒子	_____人	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道
B1g. 親生女兒	_____人	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道	_____人 <input type="checkbox"/> 98.不知道

【\*詢問個案兄弟（或姊妹）人數計算時，應**不包含個案本人**；罹病人數**也應不計算個案。**】

前言:很抱歉，雖然您看起來很健康(年輕)，但是為了要瞭解一般人的健康情形，所以我們會問每個人以下的題目。

## 疾病狀況

B2. 您是不是**曾經**患有高血壓呢？【不包括懷孕時發生的高血壓】

- 0 沒有      1 有  
2 不知道      →【跳問 B3】

B2a. 是不是醫護人員告訴您的？

- 0 不是      1 是

B2b. **目前**醫師是否有開降血壓的藥給您服用？

- 0 沒有      1 有 →

B2c. 您現在有沒有在服用**醫師處方**的降血壓藥？

- 0 沒有  
1 偶爾或必要時服用  
2 經常或按時服用

B2d. 您有沒有**定期**在量血壓？【若有】是多久量一次？

- 0.沒有在量【跳問 B3】  
1.很少量或每月少於一次  
2.每月 2~3 次  
3.每週 1~2 次  
4.幾乎每天量

B2e. 您的高血壓情形是不是已經**控制**住了?是已經控制良好，還是不太好，有時候還是會有高血壓，或控制不好，常常會有高血壓的情形？

- 1 控制良好 (血壓在 140mmHg 以下)  
2 不太好，有時會有高血壓 (血壓在 140~160mmHg 之間)  
3 控制不好，常常有高血壓 (血壓在 160mmHg 以上)  
4 不知道



B3. 您是否**曾經**患有糖尿病呢？【不包括懷孕時發生但產後已經痊癒的糖尿病】

0 沒有      1 有  
2 不知道

————→ **【跳問 B4】**

↓

B3a. 是不是醫護人員告訴您的？

0 不是      1 是

B3b. 您是在幾歲時知道您有糖尿病的？ \_\_\_\_\_ 歲時

B3c. 目前是否有使用**醫師開給您的**糖尿病藥物？

0 沒有      1 有

↓

B3c\_1.您目前是使用哪一種**醫師處方**藥物？【可複選】

a 使用胰島素 ——> B3c\_2a.您現在是經常使用，或是偶而使用？  
1 經常或按時    2 偶而或必要時

b 口服降血糖的藥物 ——> B3c\_2b.您現在是經常服用，或是偶而服用？  
1 經常或按時    2 偶而或必要時

B3d. 您平均多久做一次**抽血(驗血糖)**檢查？

1 至少每月一次      2 至少三個月一次  
3 至少半年一次      4 至少一年一次      5 不定期

B3e. 醫院或衛生所人員，有沒有因為您有糖尿病，而特別告訴過您如何注意飲食？

0 沒有      1 有

B3f. 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

B3g. 您有沒有**因為糖尿病特別去做**腎功能的尿液(微量白蛋白)檢查？

0 沒有  
1 有驗尿，且**確定**為微量白蛋白  
2 有驗尿，但**不確定**是否驗微量白蛋白

B3h. 您有沒有因為要控制糖尿病，**自我驗血糖**？

0 沒有 **【跳問 B3i】**      1 有 ——> B3h\_1.您平均幾天做一次**血糖**自我檢查？  
\_\_\_\_\_天

B3i. 您有沒有因為要控制糖尿病，自我量血壓？

0 沒有

1 有



B3i\_1. 您平均幾天量一次血壓？ 平均約\_\_\_\_\_天

B3j. 您有沒有因為要控制糖尿病，注意自己的足部保養？

0 沒有

1 有



★B3j\_1. 你如何注意自己的足部保養？

【依個案自述打“√”，可複選】

a 每天檢查雙腳

b 不要赤腳走路

c 鞋頭要寬

d 指甲要修剪，不可短於指頭邊緣線

e 不要用刀片割雞眼(硬肉)

f 保持腳的清潔及乾燥

g 穿棉質襪

h 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

B3k. 您目前有沒有參加糖尿病病友會的活動？

0 沒有【跳問 B4】

1 有



B3k\_1. 您加入的是什麼單位(機關)辦的糖尿病病友會？【可複選】

a 醫療院所

b 衛生所

c 教會組織

d 社團組織

e 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

B3k\_2. 你加入糖尿病病友會，對你的糖尿病控制有沒有幫助？

0 沒有

1 有

B4. 您是不是曾經有過血液脂肪過高(即血油、膽固醇或三酸甘油脂過高)的問題呢?

- 0 沒有      1 有  
2 不知道      →【跳問 B5】

B4a. 是不是醫護人員(含醫檢師)告訴您的? <input type="checkbox"/> 0 不是 <input type="checkbox"/> 1 是	
B4b. 目前醫師是否有開降血脂或降血油的藥給您服用? <input type="checkbox"/> 0 沒有 <input type="checkbox"/> 1 有 →	
B4c. 您現在有沒有在服用醫師處方降血脂或降血油的藥? <input type="checkbox"/> 0 沒有 <input type="checkbox"/> 1 偶爾或必要時服用 <input type="checkbox"/> 2 經常或按時服用	

B5. 【訪員查核】請將前面個案有的疾病在下列疾病名單中打勾，不可遺漏：

<input type="checkbox"/> 1 高血壓	<input type="checkbox"/> 2 糖尿病	<input type="checkbox"/> 3 高血脂	<input type="checkbox"/> 0 都沒有 →【跳問 B6】
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---

B5a. 從上面您所告訴我的，您說您有 XXX (說出個案有的疾病)，請問除了吃藥之外，在日常生活上，目前您是不是有以日常生活行為來控制 XXX (說出個案有的疾病)的問題?

**【先讓個案自己說，個案未提到的，再探問有沒有用該方法來控制】**

	1 自述有	2 探問有	0 沒有
a 控制體重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b 少吸菸或少飲酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c 養成運動習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d 飲食控制(避免動物性脂肪與高膽固醇食物)、多吃含高纖維食物、少量多餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e 生活規律、避免熬夜、放鬆壓力等生活調適	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f 打坐、太極、氣功等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g 其他【請寫出】 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B6. 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  
2 不知道      **【跳問 B6e】**

B6a. 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

B6b. 您是什麼時候發生那(第)一次中風的？民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；或 \_\_\_\_\_年前

B6c. 那(第)一次發生時，有沒有送醫？

- 0 沒有      1 有

B6c\_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【請寫出】\_\_\_\_\_  
d 失去平衡

B6d. 目前您有沒有因為中風而帶來一些後遺症？【可複選】

- a 沒有發生明顯後遺症      e 全身癱瘓  
b 曾經有後遺症，現已痊癒      f 吞嚥或進食困難  
c 半身癱瘓〈不遂〉      g 其他【請寫出】\_\_\_\_\_  
d 語言或表達困難

B6e. 您是不是曾經發生過短暫性的手腳麻痺、無力、說話不清的現象(俗稱小中風，通常 24 小時內就恢復)？

- 0 不曾或不確定 **【跳問 B7】**      1 曾

B6f. 您有沒有因為這樣去做檢查？

- 0 沒有      1 有 **【跳問 B7】**

B6f\_1. 為什麼沒去做檢查呢？【可複選】

- a 太忙，沒時間      b 不知去哪裡檢查  
c 沒人陪去檢查      d 交通不便  
e 心裡害怕檢查      f 發生一下，就好了  
g 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

B7. 您**最近一年**是不是有氣喘的情形發生？

- 0 沒有      1 有  
2 不知道      **【跳問 B8】**

B7a. 是不是經醫護人員確定為氣喘病？ 0 不是    1 是

B7b. 您**現在**有沒有在使用治療氣喘的藥(指醫師開的處方藥)？

- 0 沒有                      1 偶爾或必要時使用    2 經常或按時使用

B7c. 您是使用口服或吸入劑型？

- 1 口服    2 吸入劑型    3 口服和吸入劑型

B7d. **最近一年內**，您有沒有因為氣喘發作，而馬上就醫？【若有】有幾次？

- 0 沒有              1 有，\_\_\_\_\_次

B7e. **最近一年內**，您有沒有因為氣喘**住院**？【若有】有幾次？

- 0 沒有              1 有，\_\_\_\_\_次

B7f. 您平常是否使用「**尖峰流速計**」測量肺功能？

- 0 不曾使用              1 偶爾使用              2 經常使用

B7g. 您平常是否攜帶**氣喘隨身卡**？

- 0 不曾攜帶              1 偶爾攜帶              2 經常攜帶  
3 不知道什麼是氣喘隨身卡              4 沒有氣喘隨身卡

B7h. 您**目前**有沒有參加**氣喘病友會**的活動？

- 0 沒有                      1 有

★B7i. 為避免氣喘發作，請把您所知道的容易引起氣喘發作的東西或情形都告訴我？

**【依個案自述打“√”，可複選】**

- a 污染的空氣      e 貓狗等寵物的毛髮      i 冰冷食物  
b 塵蟎              f 病毒感染(如感冒)      j 劇烈運動  
c 氣溫急劇變化      g 激烈情緒反應              k 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

- d 燒香              h 花粉、乾草              l 不知道

B8. 您是不是**曾經**患有腎臟病呢？【不包括懷孕時發生的尿蛋白症】

- 0 沒有      1 有  
2 不知道      ↓
- **【跳問 B9】**

B8a. 是不是醫護人員告訴您的？ 0 不是      1 是

B8b. 是哪一種腎臟病？【可複選】

- |                                      |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 不知道       | <input type="checkbox"/> e 腎小管功能缺損  | <input type="checkbox"/> i 多囊性泡腎病  |
| <input type="checkbox"/> b 急性、漸進性腎衰竭 | <input type="checkbox"/> f 無症狀之驗尿異常 | <input type="checkbox"/> j 腎臟腫瘤    |
| <input type="checkbox"/> c 急性腎炎      | <input type="checkbox"/> g 高血壓腎臟病   | <input type="checkbox"/> k 其他【請寫出】 |
| <input type="checkbox"/> d 腎病徵候群     | <input type="checkbox"/> h 腎結石      | _____                              |

B8c. 您**現在**有沒有**定期**追蹤檢查腎功能？【若有】多久檢查一次？

- 0 沒有      1 有

B8c\_1. 您多久檢查一次？

- 1 幾乎每個月檢查  
2 雖沒每個月檢查，但至少每三個月一次  
3 雖沒每個月檢查，但至少每六個月一次  
4 雖沒每個月檢查，但至少一年檢查一次  
5 雖沒每個月檢查，但至少三年檢查一次

B8d. 您是否患有**尿毒症**？

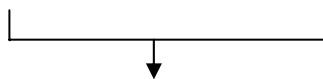
- 0 沒有      1 有      2 不知道

B8e. 您**現在**有沒有在使用治療腎臟病的藥(含醫師處方及自行購買的藥)?

0 沒有

1 偶爾或必要時使用

2 經常或按時使用



B8e\_1. 是否為醫師所開立的處方，或自行購買，或其他來源？【可複選】

a 醫師所開立——>B8e\_2.是中藥處方或西藥處方？【可複選】

a.中藥 b.西藥

b 自行購買——>B8e\_3.是中藥、西藥或草藥偏方？【可複選】

a.中藥 b.西藥 c.草藥偏方

c 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

B8f. 您是否曾經**洗腎**？

0 沒有

1 有

B8g. 您**目前**有沒有**參加腎臟病友會的活動**？

0 沒有

1 有

B8h. 您在日常生活上有沒有**因為腎臟病**而改變以下生活行為：【逐項探問】

	1 有	0 無
B8h_a 注意血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8h_b 注意血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8h_c 注意膽固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8h_d 低蛋白飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8h_e 低鹽飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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，務請續問表中接續下去的問題】。

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 (跳問下一病名)	0 不是	1 是	0 沒有	1 有	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. 鼻竇炎(鼻涕倒流)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
5. 慢性呼吸道疾病(肺氣腫、慢性支氣管炎、支氣管擴大症、慢性阻塞性肺疾病)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
6. 骨質疏鬆	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
7. 慢性肝炎或肝硬化等肝臟疾病(不包括肝癌)	0	1	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. 精神疾病(包括憂鬱症、躁鬱症、焦慮症等)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
11. 攝護腺(前列腺)疾病(不包括攝護腺癌) 【限問男性】	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
12. 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
13. 關節炎	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2

\* 心臟病的名稱與代碼：

- 01 風濕性心臟病      02 瓣膜缺損心臟病      03 高血壓性心臟病      04 心絞痛  
 05 狹心症            06 心肌梗塞            07 缺血性心臟病      08 心律不整  
 97 其他【請寫出】\_\_\_\_\_      98 不知道心臟病的病名

# 癌症的名稱與代碼：

- 01 肝癌      02 肺癌      03 結腸及直腸癌      04 口腔癌      05 胃癌      06 攝護腺癌  
 07 膀胱癌      08 食道癌      09 皮膚癌      10 鼻咽癌      11 子宮頸癌      12 乳癌  
 13 甲狀腺癌      14 卵巢癌      15 子宮癌      16 血癌      97 其他【請寫出】\_\_\_\_\_  
 98 不知道癌症的部位



B10. 下面我會提到一些身體上的疼痛，請您告訴我**最近三個月**，您有沒有這方面的疼痛？

B10a. **【若有疼痛，續問】**是常常會痛或偶爾會痛呢？

身體上的疼痛	B10. 最近三個月有沒有疼痛？		B10a. 疼痛頻率？	
	0 沒有	1 有	1 常常會痛	2 偶爾會痛
a. 肩、頸部酸痛	0	1	1	2
b. 下背部疼痛、腰痛	0	1	1	2
c. 坐骨神經痛	0	1	1	2
d. 頭痛、偏頭痛	0	1	1	2
e. (全身)關節疼痛或僵硬	0	1	1	2

B11. 目前，除了上面提到的疾病與疼痛問題外，您是不是還有其他疾病或症狀？

- 0 沒有  
 1 有  
 2 不知道

**【跳問 B12】**

B11a. 是什麼疾病或症狀(請說明)?

其他(1)：\_\_\_\_\_ 其他(3)：\_\_\_\_\_  
 其他(2)：\_\_\_\_\_ 其他(4)：\_\_\_\_\_

### 活動限制

B12. 您**目前**有沒有因為生病或受傷導致日常生活上**需要使用**特殊輔助工具呢？

- 0 不需要 **【跳問 B13】**       1 有需要

B12a. 您**目前**是使用哪一種輔助工具呢？ **【可複選】**

- a 有需要，但沒有使用  
 b 拐杖、手杖       f 便器椅       j 穿著輔具類  
 c 助行器       g 尿壺、便盆       k 文書輔具類  
 d 矯正鞋、支架       h 沐浴座椅       l 其他(1)\_\_\_\_\_  
 e 輪椅       i 餐飲輔具類       m 其他(2)\_\_\_\_\_

## 聽力

B13. 您有沒有戴助聽器？

0 沒有

1 有



B13a. 您聽聲音是否聽得清楚？

B13b. 您戴助聽器後聽聲音是否聽得清楚？

0 沒有問題，聽得清楚【跳問 B14】

1 有點問題，聽不太清楚

2 一點也不清楚，幾乎全聾



B13c. 您是否會因為聽力的問題，而跟家人講話時覺得受挫折(懊惱)？

0 否

1 是

2 沒有家人

B13d. 您是否曾因為聽力的問題導致跟家人間的爭執？

0 否

1 是

2 沒有家人

B13e. 您是否因為聽力的問題，減少外出活動的次數(例如：拜訪親友、上街等)？

0 否

1 是

B13f. 聽力的問題是否造成您聽電視或收音機時的困難？

0 否

1 是

B13g. 您有任何聽力上的問題而妨礙到您與別人的來往嗎？

0 否

1 是

## 視力

B14. 是否曾有醫師告訴過您，您有下列的視力問題或是眼睛方面的疾病？【逐項詢問】

視力問題	是否有此病症			視力問題	是否有此病症		
	0 沒有 或不確定 或 沒做過檢查	有			0 沒有 或不確定 或 沒做過檢查	有	
		1 單眼	2 雙眼			1 單眼	2 雙眼
a. 近視	0	1	2	f. 散光	0	1	2
b. 斜視	0	1	2	g. 失明	0	1	2
c. 弱視	0	1	2	h. 視網膜疾病	0	1	2
d. 青光眼	0	1	2	i. 白內障	0	1	2
e. 色盲	0	1(有)		j. 老花眼	0	1	2
k. 其他視力問題或眼睛疾病【請寫出】							
(1)_____ (2)_____							

【訪員注意：如果個案有戴著眼鏡，請以戴著眼鏡的情況回答下列 B14a~B14j 問題】

★B14a. 您認為目前您雙眼的視力狀況為非常好、好、普通、差、或很差，或您是完全失明？

- 1 非常好                      2 好                              3 普通  
4 差                                      5 很差                              6 完全失明

★B14b. 您會不會擔心您的視力？是從來不會、很少會、有時候會、大部份時間會，或一直都會？

- 1 從來不會                      2 很少會                              3 有時候會  
4 大部份時間會                      5 一直都會

B14c. 您的眼睛裡或眼睛周圍是否曾有過那一種程度的疼痛或不舒服的感覺？(如灼熱感、癢、或疼痛)

- 1 完全不會                      2 輕微                              3 中等  
4 嚴重                                      5 很嚴重

**【訪員查核：**如果個案為雙眼失明，以下 B14d~B14g 問題，直接勾選 5 由於視力的緣故，已經不再做這件事**】**

B14d. 閱讀像報紙上一般大小的字體，對您來說是不是有困難？

- 1 一點都不困難      2 有點困難      3 中等程度的困難  
4 非常困難      5 由於視力的緣故，已經不再做這件事  
6 由於其他原因(如不識字)或沒興趣，所以不再做這件事

B14e. 對您來說，讀出路上的標示牌或是商店名稱是不是有困難？

- 1 一點都不困難      2 有點困難      3 中等程度的困難  
4 非常困難      5 由於視力的緣故，已經不再做這件事  
6 由於其他原因(如不識字)或沒興趣，所以不再做這件事

★B14f. 以您的視力狀況，當您走路時，眼尾(角)是不是有辦法看到旁邊的東西？  
(同時可以看到路旁的東西)

- 1 一點都不困難      2 有點困難      3 中等程度的困難  
4 非常困難      5 由於視力的緣故，已經不再做這件事  
6 由於其他原因或沒興趣，所以不再做這件事

B14g. 以您的視力狀況，要挑選衣服配色是不是有困難？

- 1 一點都不困難      2 有點困難      3 中等程度的困難  
4 非常困難      5 由於視力的緣故，已經不再做這件事  
6 由於其他原因或沒興趣，所以不再做這件事

B14h. 以您的視力狀況，去拜訪別人或到餐廳聚會，是不是有困難？

- 1 一點都不困難      2 有點困難      3 中等程度的困難  
4 非常困難      5 由於視力的緣故，已經不再做這件事  
6 由於其他原因或沒興趣，所以不再做這件事

B14i. 您是否因為您視力問題而使工作或從事其他活動的時間較受限制?

- 1 從不會                      2 很少是                      3 有時是  
4 大部份的時間是              5 一直都是

B14j. 您是否會因為您的視力狀況，大部份的時間您都待在家裡?

- 1 從不會                      2 很少是                      3 有時是  
4 大部份的時間是              5 一直都是

## 牙齒健康

B15. 您有沒有裝假牙(含牙套)? **【b與c可複選】**

a 全部都是自然齒，沒有任何假牙 **【跳問 B15a】**

b 有，活動式假牙

B15\_1.是全口活動式或部分活動式?  
1 全口              2 部分

c 有，固定式假牙

B15\_2.其中有沒有植牙?  
0 沒有              1 有

B15a. 是否有任何缺牙（指牙齒脫落而未鑲補，但不包括智齒）？

0 沒有 **【跳問 B15b】**                      1 有

B15a\_1. 缺了幾顆牙齒? \_\_\_\_\_顆

★B15b. 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？

- 1 非常不好                      2 不好                      3 普通  
4 好                                  5 非常好

B15c. 請問您會不會因為牙齒狀況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，而想吃的東西無法吃)

- 1 從來不會                      2 很少會                      3 有時會  
4 時常會                              5 一直會

## 婦女懷孕與更年期經驗

B16. 【訪員核對】個案為 1 男性【跳問 B20】 2 女性

B16a. 您有沒有生過小孩？【指生下來有哭、有呼吸的活產】

0 沒有 1 有，共有\_\_\_\_\_個

B17. 【訪員核對】1 個案為 50 歲及以上女性【跳問 B18a】

2 個案為 50 歲以下女性

B17a. 最近一年內，您有沒有懷孕（過）？ 0 沒有 1 有

B18. 【訪員核對】1 個案為 35 歲以下【跳問 B19】

2 個案為 35 歲及以上女性

B18a. 您是否曾經因更年期在生理上或情緒上發生變化？

0 沒有或不確定【跳問 B18b】 1 有



B18a\_1. 您是否曾經因為更年期的關係，而接受過(或做過)荷爾蒙的治療呢？

0 從沒有接受過 1 現在沒有，過去有 2 現在有接受治療

B18a\_2. 醫護人員是否曾經告訴您服用女性荷爾蒙有什麼好處？

0 沒有或不確定 1 有

B18a\_3. 醫護人員是否曾經告訴您服用女性荷爾蒙可能會有什麼副作用？

0 沒有或不確定 1 有

B18a\_4. 妳是否曾經為了增進更年期健康或是避免更年期問題而採取一些保健方法？

0 沒有 1 有



B18a\_4a. 是哪些保健方法？【依個案自述打“√”，可複選】

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a 規律運動      | <input type="checkbox"/> b 採用中國傳統保健例如氣功、太極、元極舞等 |
| <input type="checkbox"/> c 採取傳統葯膳食補  | <input type="checkbox"/> d 補充維他命                |
| <input type="checkbox"/> e 補充鈣片      | <input type="checkbox"/> f 補充健康食品(如月見草、大豆異黃酮等)  |
| <input type="checkbox"/> g 補充中草藥     | <input type="checkbox"/> h 補充醫師開立的荷爾蒙補充劑        |
| <input type="checkbox"/> i 中醫就診或服用中藥 | <input type="checkbox"/> j 定期健檢                 |
|                                      | <input type="checkbox"/> k 其他【請寫出】_____         |

B18b. 有些人會有**無法控制小便**(包括咳嗽或用力時會有漏尿現象)的情形，請問**過去一年裡**您是否也有過這種情形？ 0 沒有 1 有

B19. 有的婦女曾經動過手術切除**子宮或卵巢**，請問妳是否曾切除子宮或卵巢？

0 都沒有

1 有，切除子宮

2 有，切除單側卵巢

3 有，切除兩側卵巢

4 有，切除子宮和單側卵巢

5 有，切除子宮和兩側卵巢

## 骨密度檢查

B20. 您有沒有做過**骨密度**的檢查？

0 沒有做過【跳問 B21】

1 有做過



B20a. **最近一次是多久以前做的？** \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_個月前

0 記不起來了



B20a\_1. 那**過去一年內**有沒有做？0 沒有 1 有

B20b. **最近那一次**有檢查哪個部位【可複選】？

a 腰薦

b 髖部

c 手部

d 足踝

e 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

B20c. **最近那一次**檢查結果為何？

1 正常

2 骨密度低但未達骨質疏鬆程度

3 骨質疏鬆

4 不知道



## 交通事故

B21. 過去一年裡，您有沒有因為**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、乘船、搭飛機、或走路時被車擦撞），而且是有**接受醫師治療**的呢？中醫、西醫、國術館、接骨所都算。

0 沒有【跳問 B22】

1 有



B21a. 您在過去一年，**總共發生過幾次**交通事故，而且有到醫院診所**治療處理**的呢？

\_\_\_\_\_次

B21b. 您**最近一次**發生交通事故(且有到醫院診所治療處理)的時間是在幾點的時候？

1 早上 6:00~8:00 前

6 下午 4:00~6:00 前

2 早上 8:00~10:00 前

7 晚上 6:00~8:00 前

3 早上 10:00~12:00 前

8 晚上 8:00~10:00 前

4 下午 12:00~2:00 前

9 晚上 10:00~12:00 前

5 下午 2:00~4:00 前

10 凌晨 0:00~6:00 前

B21c. 您有沒有因為**最近這一次**的交通事故(且有到醫院診所治療處理)而**住院**？

0 沒有【跳問 B21d.】

1 有



B21c\_1. 您住院住了幾天？ \_\_\_\_\_天

B21d. 您有沒有因為**最近這一次**的交通事故(且有到醫院診所治療處理)，不能和平常一樣上班/上學或外出呢？

0 沒有【跳問 B21e.】

1 有



B21d\_1. 您這種情形持續了幾天？ \_\_\_\_\_天

B21e. **最近這一次**交通事故(且有到醫院診所治療處理)**發生當時**，您是使用哪一種交通工具呢？

1. 汽車

4. 走路【跳問 B22.】

2. 機車

5. 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

3. 腳踏車

B21f. **最近這一次**交通事故(且有到醫院診所治療處理)發生當時，您有沒有繫安全帶/戴安全帽？

0 沒有

1 有

## 跌倒 / 跌落 / 墜落

B22. 過去一年裡，您有沒有因為**跌倒、跌落或墜落**受傷，而且是有**接受醫師治療**的呢？  
中醫、西醫、國術館、接骨所都算。（不包括交通事故造成者）

0 沒有【跳問 B23】

1 有



B22a. 您**過去一年**，**總共發生過跌倒、跌落或墜落**幾次，並且有到醫院診所治療處理的呢？\_\_\_\_\_次

B22b. 您**最近一次**發生跌倒/跌落/墜落事故(且有到醫院診所治療處理)的時間是在幾點的時候？

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 早上 6:00~8:00 前   | <input type="checkbox"/> 6 下午 4:00~6:00 前   |
| <input type="checkbox"/> 2 早上 8:00~10:00 前  | <input type="checkbox"/> 7 晚上 6:00~8:00 前   |
| <input type="checkbox"/> 3 早上 10:00~12:00 前 | <input type="checkbox"/> 8 晚上 8:00~10:00 前  |
| <input type="checkbox"/> 4 下午 12:00~2:00 前  | <input type="checkbox"/> 9 晚上 10:00~12:00 前 |
| <input type="checkbox"/> 5 下午 2:00~4:00 前   | <input type="checkbox"/> 10 凌晨 0:00~6:00 前  |

B22c. 您有沒有因為**最近這一次**的跌倒/跌落/墜落(且有到醫院診所治療處理)而**住院**呢？

0 沒有【跳問 B22d】

1 有



B22c\_1. 您住院住了幾天？\_\_\_\_\_天

B22d. **最近這一次**(且有到醫院診所治療處理)，您是在哪裡跌倒/跌落/墜落的呢？

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 上下樓梯     | <input type="checkbox"/> 9 使用或離開椅子、沙發、或床 |
| <input type="checkbox"/> 2 上下電扶梯    | <input type="checkbox"/> 10 走在平坦或有坡度的路面  |
| <input type="checkbox"/> 3 上下車子     | <input type="checkbox"/> 11 進出浴缸或沐浴時     |
| <input type="checkbox"/> 4 使用廁所或洗手台 | <input type="checkbox"/> 12 游泳池          |
| <input type="checkbox"/> 5 人行道上     | <input type="checkbox"/> 13 家中客廳         |
| <input type="checkbox"/> 6 由梯子或鷹架上  | <input type="checkbox"/> 14 工作場所         |
| <input type="checkbox"/> 7 運動場或遊戲區  | <input type="checkbox"/> 15 其他【請寫出】_____ |
| <input type="checkbox"/> 8 學校       |  |

B22e. 您有沒有因為**最近這一次**跌倒/跌落/墜落(且有到醫院診所治療處理)，不能和平常一樣上班/上學或外出呢？

0 沒有【跳問 B23】

1 有



B22e\_1. 您這種情形持續了幾天？\_\_\_\_\_天

## 燒燙傷

B23. 過去一年裡，您有沒有因為發生**燒燙傷**，而去**接受醫師治療**的呢？中醫、西醫、國術館、接骨所都算。

0 沒有【跳問 B24】

1 有



B23a. 您**過去一年**，**總共發生過幾次燒燙傷**，並且是有到醫院診所治療處理的呢？

\_\_\_\_\_次

B23b. 您**最近一次**發生燒燙傷事故(且有到醫院診所治療處理)的時間是在幾點的時候？

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 早上 6:00~8:00 前   | <input type="checkbox"/> 6 下午 4:00~6:00 前   |
| <input type="checkbox"/> 2 早上 8:00~10:00 前  | <input type="checkbox"/> 7 晚上 6:00~8:00 前   |
| <input type="checkbox"/> 3 早上 10:00~12:00 前 | <input type="checkbox"/> 8 晚上 8:00~10:00 前  |
| <input type="checkbox"/> 4 下午 12:00~2:00 前  | <input type="checkbox"/> 9 晚上 10:00~12:00 前 |
| <input type="checkbox"/> 5 下午 2:00~4:00 前   | <input type="checkbox"/> 10 凌晨 0:00~6:00 前  |

B23c. 您有沒有因為**最近這一次**的燒燙傷事故(且有到醫院診所治療處理)而**住院**呢？

0 沒有【跳問 B23d】

1 有



B23c\_1. 您住院住了幾天？\_\_\_\_\_天

B23d. 您**最近這次**的燒燙傷(且有到醫院診所治療處理)，是什麼原因造成的呢？

- 1 火災                      2 被高熱固、液、氣體燒燙傷

B23e. 您**最近這次**的燒燙傷(且有到醫院診所治療處理)，是在哪裡發生的呢？

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 家中室內  | <input type="checkbox"/> 4 馬路             |
| <input type="checkbox"/> 2 家中室外  | <input type="checkbox"/> 5 公共場所【請寫出】_____ |
| <input type="checkbox"/> 3 公司、工廠 | <input type="checkbox"/> 6 其他【請寫出】_____   |

B23f. 您有沒有因為**最近這次**燒燙傷(且有到醫院診所治療處理)，不能和平常一樣上班/上學或外出呢？

0 沒有【跳問 B24.】

1 有



B23f\_1. 您這種情形持續了幾天？\_\_\_\_\_天

## 其他事故傷害

B24. 過去一年裡，您有沒有因為發生**其他事故傷害**，而去**接受醫師治療**的呢？中醫、西醫、國術館、接骨所都算。

例如：溺水，食物中毒，被落物擊中，被玩具、魚刺、食物等異物噎到，或瓦斯中毒、酒精中毒、不小心吃錯藥或農藥、化學藥劑灼傷、煙霧嗆傷……等。但有意圖的自傷/他傷、自殺/他殺與長期酗酒造成的酒精中毒等則不算事故傷害。

0 沒有【跳問 C1】

1 有



**【請將 B24a. B24f\_1. 答案記錄在表 1】**

B24a. 是哪一種事故傷害呢？

B24b. 您**過去一年**，**總共發生過幾次**(其他事故傷害)，並且有到醫院診所治療處理的呢？

B24c. 您**最近一次**發生事故(且有到醫院診所治療處理)的時間是在幾點的時候？

B24d. 您有沒有因為**最近一次**的 (其他事故傷害)(且有到醫院診所治療處理)而住院呢？

B24d\_1. **【若有】**住了幾天？

B24e. 您**最近這次**的 (其他事故傷害)(且有到醫院診所治療處理)是在哪裡發生的呢？

- |          |                |
|----------|----------------|
| 1. 家中室內  | 6. 溪流、河川、海邊    |
| 2. 家中室外  | 7. 馬路          |
| 3. 學校    | 8. 其他公共場所【請寫出】 |
| 4. 公司、工廠 | 9. 其他【請寫出】     |
| 5. 游泳池   |                |

B24f. 您有沒有因為**最近這次** (其他事故傷害)(且有到醫院診所治療處理)，不能和平常一樣上學/上班、或外出呢？

B24f\_1. **【若有】**這種情形持續了幾天？

**【訪視員注意】**若**同 1 人**發生 2 種不同類型的事件須寫成 2 列。

表 1 其他事故傷害

B24a.		B24b. (該事故) 過去一年發生過幾次 (有到醫院診所治 療處理的)	B24c. 最近一次發 生時間是在 幾點的時候? **代號見表底	B24d. 最近一次 有無住院		B24d_1. 最近一次住 院天數	B24e. 最近一次在 哪裡發生 ***代號見表底	B24f. 有沒有 不能外出		B24f_1. 不能外出 持續天數
傷害類別	類別代號 *見表底			0.沒有	1.有			0.沒有	1.有	
		次		0	1	天		0	1	天
		次		0	1	天		0	1	天
		次		0	1	天		0	1	天
		次		0	1	天		0	1	天

\*B24a. 其他事故傷害類別

1. 溺水	2. 食物中毒	3. 被落物擊中	4. 被玩具、魚刺、食物等異物噎到
5. 瓦斯/一氧化碳中毒	6. 酒精中毒	7. 不小心吃錯藥	8. 誤食農藥
9. 誤食清潔劑	10. 割傷	11. 扭傷、拉傷	12. 遭物擊中導致骨裂或骨折
13. 動物咬傷	14. 夾傷	15. 挫傷	16. 擦傷
17. 化學藥劑灼傷	18. 煙霧嗆傷	19. 其他【請寫出】	

\*\* B24c. 發生時間代號：

1. 早上 6:00~8:00 前	2. 早上 8:00~10:00 前	3. 早上 10:00~12:00 前	4. 下午 12:00~2:00 前
5. 下午 2:00~4:00 前	6. 下午 4:00~6:00 前	7. 晚上 6:00~8:00 前	8. 晚上 8:00~10:00 前
9. 晚上 10:00~12:00 前	10. 凌晨 0:00~6:00 前		

\*\*\* B24e. 地點代號：

1. 家中室內	2. 家中室外	3. 學校	4. 公司、工廠	5. 游泳池
6. 溪流、河川、海裡	7. 馬路	8. 其他公共場所【請寫出】	9. 其他【請寫出】	

## C. 疾病預防之知識

【注意：C 節所有問題皆不能代答，需受查者本人回答，若為代答者直接跳問 D 節】

### ★慢性病認知題

C1. 就您所知，一般人在日常生活中，有哪些方法可以減少得到腎臟病的機會？【依個案自述打”√”，可複選】

- a 不知道                      d 避免吃太鹹                      g 多喝開水  
b 避免過度激烈運動      e 控制血壓或血糖                      h 不要憋尿  
c 不要隨便吃藥                      f 定期健檢                      i 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

C1a. 您是否認為腎虧(敗腎)就是「腎臟病」的一種？

- 0 否                      1 是                      2 不知道

C2. 就您所知，一般人在日常生活中，有哪些方法可以減少得到高血壓、糖尿病等慢性病的機會？【依個案自述打”√”，可複選】

- a 不知道  
b 控制體重  
c 少抽菸  
d 少飲酒  
e 養成運動習慣  
f 飲食控制(避免或少吃動物性脂肪與高膽固醇食物、少醃漬加工性食品、多吃含高纖維食物、或減少食物總攝取量等)  
g 生活規律、避免熬夜、放鬆壓力等生活調適  
h 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## ★ 乳癌與子宮頸癌

C3. 【訪員核對】 0 個案為男性  
1 個案為 30 歲以下女性 → 【跳問 C4】  
2 個案為 30 歲及以上女性

C3a. 您是否同意「預防乳癌只要作乳房自我檢查就可以了」這種說法？

0 不同意      1 同意      2 不知道

C3b. 您知不知道 35 歲以上婦女應該每年給專科醫師檢查乳房？

0 不知道      1 知道

C3c. 請問您認為婦女去做子宮頸抹片檢查之前，洗澡方式應採用何種方式？

1 淋浴      2 盆浴      3 不知道

C3d. 請問您認為婦女去做子宮頸抹片檢查之前，要不要先沖洗陰道(指用灌洗器沖洗陰道)？

0 不要      1 要      2 不知道

C3e. 請問您認為婦女去做子宮頸抹片檢查之前，可不可以放置陰道塞劑？

0 不可以      1 可以      2 不知道

C3f. 您知不知道全民健康保險有提供 30 歲以上的婦女每年做一次子宮頸抹片檢查？

0 不知道      1 知道

C3g. 您有沒有聽過或看過「人類乳突病毒」的訊息？

0 沒有 【跳問 C4】      1 有

C3g\_1. 如果說：引起子宮頸癌的主要原因是因為感染「人類乳突病毒」，你認為這個說法正不正確？

0 不正確      1 正確      2 不知道

C3g\_2. 如果說：「人類乳突病毒」傳染途徑主要是經由性行為，你認為這個說法正不正確？

0 不正確      1 正確      2 不知道

C3g\_3. 如果說：大部份人感染「人類乳突病毒」後會自動痊癒，你認為這個說法正不正確？

0 不正確      1 正確      2 不知道

## ★流感疫苗

C4. 請問您知不知道政府從 93 年起，已將 6 個月以上，2 歲以下幼兒納入**免費**流感疫苗接種計畫實施對象？

- 0 不知道 **【跳問 C4d】**                      1 知道

C4a. 請問您從哪裡知道政府新增幼兒**免費**流感疫苗接種政策的消息？ **【可複選】**

- a 親戚朋友告知                      f 衛生所通知  
b 報章雜誌                              g 衛教海報單張  
c 電視報導                              h 其他媒體資訊  
d 醫療人員建議                      i 其他 **【請說明】** \_\_\_\_\_  
e 村里鄰長通知

C4b. 請問您自己有沒有 6 個月以上，2 歲下的幼兒(指個案自己的子女)？

- 0 沒有 **【跳問 C4d】**                      1 有

C4c. 請問您會帶寶寶到哪裡接種流行性感冒疫苗 **【可複選】**？

- a 醫院                                      d 不帶他去接種  
b 診所                                      **【跳問 C4d】**  
c 衛生所
- 

C4c\_1. 請問您不想為寶寶注射流感疫苗的原因？ **【可複選】**

- a 不需要    b 疫苗無效    c 感染後症狀不嚴重  
d 沒有時間    e 其他 **【請說明】** \_\_\_\_\_

C4d. 如果讓民眾**負擔部分預防接種費用**，可以讓政府提供**更多種類**的預防接種項目，在這種狀況下，您是否贊成接種者負擔部分費用？

- 0 不贊成 **【跳問 C5】**                      1 贊成

C4d\_1. 請問您每次願意負擔的費用範圍為何？

- 1 100 元以下                      2 100 元~200 元以下  
3 200 元~300 元以下              4 300 元~400 元以下  
5 400 元~500 元以下              6 500 元以上



## ★成人免費健康檢查認知

C5. 您知不知道全民健保提供 40 歲以上至 64 歲的民眾，免費每三年一次健康檢查？

- 0 不知道【跳問 D 節】      1 知道

C5a. 【訪員核對】      1.個案為 40 歲以下【跳問 D 節】

2.個案為 40 歲及以上

C5b. 您是否曾經利用過全民健保提供的免費健康檢查服務？

0.沒有



1.有

2.不清楚

→【跳問 D 節】

C5c. 請問為什麼您不曾利用全民健保提供的免費成人健康檢查服務？【可複選】

- a 工作單位已提供，不需要
- b 不知道要去那裡檢查/不知道哪裡有提供
- c 附近沒有可以提供此健檢服務之診所及醫院
- d 以為此健檢服務仍須付錢
- e 此健檢服項目太少，效果不好
- f 交通不便
- g 忘記要檢查
- h 沒空
- i 沒健保
- j 身體很好
- k 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## D. 醫療服務利用情形

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

D1. 當您覺得身體不舒服時（如頭痛、腹痛、腹瀉或輕微感冒），您**最常**會如何處理呢？

- 1 看西醫
- 2 看中醫
- 3 去藥房買藥吃
- 4 使用民俗療法或宗教治療（如刮痧、腳底按摩、收驚、神符…等）
- 5 不理他，未做處理
- 6 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

D2. **過去六個月**，您是否曾經有過身體不舒服（如頭痛、腹痛、腹瀉或輕微感冒），但**沒有**去看醫師的情形呢？

- 0 沒有不舒服
- 1 有不舒服，但是有去看醫師
- 2 有不舒服，但沒有去看醫師，共有\_\_\_\_\_次

D2a. 請問您為什麼**沒有**去？【可複選，但盡量單選】

- a 醫院或診所太遠，或交通不便
- b 負擔不起
- c 等候掛號或看診的時間太久
- d 工作或家事太忙，沒有時間
- e 家人沒有空帶您去看病
- f 就算去看醫生也沒有用
- g 覺得不嚴重，不需要看醫生
- h 沒有參加全民健保或已被停保
- i 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## 急診利用與費用

D3. 過去一年內，您有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診呢？

0 沒有【跳問 D4】

1 有



D3a. 過去一年內，您共看過幾次急診？ \_\_\_\_\_ 次

D3b. 最近一次是因為什麼原因去看急診？

原因： \_\_\_\_\_ 代號： \_\_\_\_\_

D3c. 最近一次是到哪一家醫院看急診呢？醫院名稱： \_\_\_\_\_

D3d. 您最近一次急診，有沒有使用健保卡？

0 沒有

1 有(包括事後補卡)

D3d\_1. 您急診沒有使用健保卡的原因是什麼？

1 忘了帶/沒有帶 2 當時沒有健保身份

3 該家醫院或診所並未加入健保

4 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

D3e. 這次急診您是否留有費用明細或收據？

1. 醫療院所**沒有**提供明細/收據

2. 醫療院所**有**提供，但沒有保留下來或目前無法出示明細/收據

3. 有，而且可出示明細/收據【請訪員參考收據，並填寫收據日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月】

D3f 這次急診您自費(自掏腰包)多少元呢？(包括付給醫院或自己請的看護費、救護車費、尿布費等費用)

1 總計自費(自掏腰包) \_\_\_\_\_ 元【A. 付給醫院的部份：掛號費 \_\_\_\_\_ 元，部份負擔 \_\_\_\_\_ 元，其他費用 \_\_\_\_\_ 元；B. 不是付給醫院的部份共 \_\_\_\_\_ 元】

2 總計自費(自掏腰包) \_\_\_\_\_ 元，不清楚細項金額

3 由家人代付，不清楚實際金額

4 時間已久，記不清楚多少錢

5 急診併同住院，記不清楚多少錢

D3g. 這次急診您自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目，費用類別為：【可複選】(若無收據，請盡量以回憶作答)

a 救護車

f 醫療用之材料或耗材費用(例如：鼻胃管)

b 掛號費或診斷證明書費

g 非醫療用之材料費用(例如：紙褲、看護墊)

c 藥品

h 手術

d 血液血漿費

i 部分負擔

e 檢驗檢查

j 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

\*「急診原因與代號」：

01 不明病因腹痛

04 出血(各種原因)

07 一般疾病治療

10 沒空看門診

02 不明病因發燒

05 牙痛

08 一般疾病檢查

11 生產

03 不明病因暈倒

06 意外傷害

09 動手術

12 例假日診所或醫院沒有門診

13 其他【請寫出】

## 住院利用與費用

D4. 過去一年內，您有沒有住院過呢？（不包括生產住院或住院接受健康檢查）

0 沒有【跳問 D5】

1 有



D4a. 過去一年內，您住院幾次？ \_\_\_\_\_ 次

D4b. 最近一次是因為什麼原因去住院？

原因：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_

D4c. 最近一次是到哪一家醫院住院呢？

醫院名稱：\_\_\_\_\_

D4d. 您最近一次住院，有沒有使用健保卡？

0 沒有

1 有(包括事後補卡)

D4d\_1. 您住院沒有使用健保卡的原因是什麼？

1 忘了帶/沒有帶 2 當時沒有健保身份

3 該家醫院或診所並未加入健保

4 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

D4e. 這次住院您是否留有費用明細或收據？

1. 醫療院所**沒有**提供明細/收據

2. 醫療院所**有**提供，但沒有保留下來或目前無法出示明細/收據

3. 有，而且可出示明細/收據【請訪員參考收據，並填寫收據日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月】

D4f. 這次住院您自費(自掏腰包)多少元呢？(包括付給醫院或自己請的看護費、救護車費、尿布費等費用)

1 總計自費(自掏腰包)\_\_\_\_\_元【A. 付給醫院的部份：掛號費\_\_\_\_\_元，部份負擔\_\_\_\_\_元，其他費用\_\_\_\_\_元；B. 不是付給醫院的部份共\_\_\_\_\_元】

2 總計自費(自掏腰包)\_\_\_\_\_元，不清楚細項金額

3 由家人代付，不清楚實際金額

4 時間已久，記不清楚多少錢

D4g. 這次住院您自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目，費用類別為：【可複選】(若無收據，請盡量以回憶作答)

a 病房費用差額

b 救護車

c 掛號費或診斷證明書費

d 藥品

e 血液血漿費

f 檢驗檢查

g 醫療用之材料或耗材費用(例如：鼻胃管)

h 非醫療用之材料費用(例如：紙褲、看護墊)

i 手術

j 看護費用

k 伙食費

l 部分負擔

m 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

\*「住院原因與代號」：

01 不明病因腹痛  
02 不明病因發燒  
03 不明病因暈倒

04 出血(各種原因)  
05 牙痛  
06 意外傷害

07 一般疾病治療  
08 一般疾病檢查  
09 動手術

10 因急診而住院  
11 其他【請寫出】

## 牙醫門診利用與費用【不含預防性檢查】

D5. 過去一年內，您有沒有去找牙醫看過牙呢？

0 沒有【跳問 D6】

1 有



D5a. 過去一年內，您共看過幾次牙醫？ \_\_\_\_\_ 次

D5b. 最近一次是因為什麼原因去看牙醫？

原因： \_\_\_\_\_ 代號： \_\_\_\_\_

D5c. 最近一次是到哪一家醫院或診所看牙醫呢？

醫院或診所名稱： \_\_\_\_\_

D5d. 您最近一次看牙醫，有沒有用健保卡？

0 沒有

1 有(包括事後補卡)

D5d\_1. 您看牙醫門診沒有使用健保卡的原因是什麼？

1 忘了帶/沒有帶  2 當時沒有健保身份

3 該家醫院或診所並未加入健保

4 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

D5e. 這次牙醫門診您是否留有費用明細或收據

1. 醫療院所**沒有**提供明細/收據

2. 醫療院所**有**提供，但沒有保留下來或目前無法出示明細/收據

3. 有，而且可出示明細/收據【請訪員參考收據，並填寫收據日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月】

D5f. 這次牙醫門診您自費(自掏腰包)多少元呢？

1 總計自費(自掏腰包) \_\_\_\_\_ 元【其中掛號費 \_\_\_\_\_ 元，部份負擔 \_\_\_\_\_ 元，其他費用 \_\_\_\_\_ 元】

2 總計自費(自掏腰包) \_\_\_\_\_ 元，不清楚細項金額

3 由家人代付，不清楚實際金額

4 時間已久，記不清楚多少錢

D5g. 這次牙醫門診您自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目，費用類別：【可複選】(若無收據，請盡量以回憶作答)

a 掛號費或診斷證明書費

b 一般門診

c 假牙、鑲牙

d 矯正費、美白

e 部分負擔

f 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

「牙醫門診原因與代號」：

01 牙周病治療

04 美容牙齒(漂白)

07 拔牙

10 其他【請寫出】

02 根管治療(抽神經)

05 矯正牙齒

08 修補舊有牙套、假牙

03 洗牙

06 補牙(充填)

09 做假牙

## 西醫門診利用與費用

D6. 過去一個月內，您有沒有去看過西醫門診呢？【不含產前檢查、健康檢查、住院、急診、亦不包括牙醫門診之牙齒保健與治療，以及未給醫師看診的連續處方箋拿藥】

0 沒有【跳問 D7】

1 有



D6a. 過去一個月內，您共看過幾次西醫門診？ \_\_\_\_\_次

D6b. 最近一次是因為什麼原因去看西醫門診？

原因： \_\_\_\_\_

D6c. 最近一次是到哪一家醫院或診所看西醫門診呢？

醫院或診所名稱： \_\_\_\_\_

D6d. 您最近一次看西醫門診，有沒有用健保卡？

0 沒有

1 有(包括事後補卡)

D6d\_1. 您看西醫門診沒有使用健保卡的原因是什麼？

1 忘了帶/沒有帶 2 當時沒有健保身份

3 該家醫院或診所並未加入健保

4 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

D6e. 這次西醫門診您是否留有費用明細或收據？

1. 醫療院所**沒有**提供明細/收據

2. 醫療院所**有**提供，但沒有保留下來或目前無法出示明細/收據

3. 有，而且可出示明細/收據【請訪員參考收據，並填寫收據日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月】

D6f. 這次西醫門診您自費(自掏腰包)多少元呢？

1 總計自費(自掏腰包)自掏腰包\_\_\_\_\_元【其中掛號費\_\_\_\_\_元，部份負擔\_\_\_\_\_元，其他費用\_\_\_\_\_元】

2 總計自費(自掏腰包)\_\_\_\_\_元，不清楚細項金額

3 由家人代付，不清楚實際金額

4 時間已久，記不清楚多少錢

D6g. 這次西醫門診您自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目，費用類別為：【可複選】(若無收據，請盡量以回憶作答)

a 掛號費或診斷證明書費  e 醫療用之材料或耗材費用(例如：鼻胃管)

b 藥品  f 非醫療用之材料費用(例如：紙褲、看護墊)

c 血液血漿費  g 手術

d 檢驗檢查  h 部分負擔

i 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_

## 中醫門診利用與費用

D7. 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 D8】

1 有



D7a. 過去一個月內，您共看過幾次中醫門診? \_\_\_\_\_次

D7b. 最近一次是因為什麼原因去看中醫門診?

\_\_\_\_\_

D7c. 最近一次是到哪一家醫院或診所看中醫門診呢?

醫院或診所名稱: \_\_\_\_\_

D7d. 您最近一次看中醫門診，有沒有用健保卡?

0 沒有

1 有(包括事後補卡)

D7d\_1.您看中醫門診沒有使用健保卡的原因是什麼?

1 忘了帶/沒有帶 2 當時沒有健保身份

3 該家醫院或診所並未加入健保

4 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

D7e. 這次中醫門診您是否留有費用明細或收據?

1. 醫療院所**沒有**提供明細/收據

2. 醫療院所**有**提供，但沒有保留下來或目前無法出示明細/收據

3. 有，而且可出示明細/收據【請訪員參考收據，並填寫收據日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月】

D7f. 這次中醫門診您自費(自掏腰包)多少元呢?

1 總計自費(自掏腰包)\_\_\_\_\_元【其中掛號費\_\_\_\_\_元，部份負擔\_\_\_\_\_元，其他費用\_\_\_\_\_元】

2 總計自費(自掏腰包)\_\_\_\_\_元，不清楚細項金額

3 由家人代付，不清楚實際金額

4 時間已久，記不清楚多少錢

D7g. 這次中醫門診您自費(自掏腰包)所花的錢是用在哪些項目，費用類別：【可複選】(若無收據，請盡量以回憶作答)

a 掛號費或診斷證明書費 b 藥品 c 針灸、薰等治療

d 部分負擔 e 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## 民俗療法利用與費用

D8. 過去一個月內，您是否曾在醫療院所(包括中醫和西醫)以外的地方，利用下面我提到的方式解決身體上的不舒服呢？(正統的中醫和西醫不算在內) **【逐項探問】**

**【若有】** 共有幾次？

D8a. **最近一次**，是因為什麼原因接受這個方式呢？

民俗療法項目	D8. 過去一個月內，您是否曾去接受【唸出左列項目】？ <b>【若有】</b> 共幾次？		D8a. <b>最近一次</b> ，是因為什麼原因接受【唸出左列項目】這個方式？  <b>【請寫出原因】</b>
	0 沒有	1 有，紀錄次數 └──────────┘ →	
a. 收驚	0	_____次	
b. 藥籤	0	_____次	
c. 香灰	0	_____次	
d. 刮痧	0	_____次	
e. 拔罐	0	_____次	
f. 推拿、腳底按摩	0	_____次	
g. 整脊	0	_____次	
h. 接骨、跌打損傷處置	0	_____次	
i. 針灸	0	_____次	
j. 放血	0	_____次	
k. 其他(1)_____	0	_____次	
l. 其他(2)_____	0	_____次	

**【訪員查核：**如果個案上表 a~l 項目皆圈選沒有，直接跳問 D9)

D8b. **最近一次**是使用哪一種方式？

請寫出上表(a~l)代號：\_\_\_\_\_

D8b\_1. 您自費金額總共多少錢呢？

- 1 總計自費\_\_\_\_\_元      2 由家人代付，不清楚實際金額
- 3 時間已久，記不清楚多少錢

D8c. 整體來說，請問您會選擇這些方式的原因是什麼？ **【可複選】**

- a 正統的西醫對病情沒有幫助      e 正統的西醫師建議使用
- b 正統的中醫對病情沒有幫助      f 自己想試試看
- c 比較便宜      g 親朋好友建議
- d 正統的中醫師建議使用      h 其他 **【請寫出】** \_\_\_\_\_



### 購買西藥與費用

D9. 過去一個月，您有沒有未經醫師建議或處方自己花錢去買過西藥給自己或家人用？

(1.本題在瞭解個案是否有花錢買藥，故包括買給自己或家人使用的都算在內，幫他人代買的不算。2.藥物種類包括各種胃藥、感冒藥、止痛藥、消炎藥等內服藥，以及擦劑、針劑等外用藥。)

0 沒有【跳問 D10】

1 有，有\_\_\_\_\_次



D9a. 最近一次，您是去買什麼藥？\_\_\_\_\_

D9b. 您最近一次買藥，花了多少錢？\_\_\_\_\_元

### 購買中藥與費用

D10. 過去一個月，您有沒有未經醫師建議或處方自己花錢去買過中藥給自己或家人用？（包括內服外用藥、治療性的補藥，但平日飲食營養性的補藥不算在內。）

0 沒有【跳問 D11】

1 有，有\_\_\_\_\_次



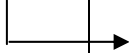
D10a. 最近一次，您是去買什麼中藥？\_\_\_\_\_

D10b. 您最近一次買藥，花了多少錢？\_\_\_\_\_元

## 檢查與預防保健

D11. 請問過去一年內，您有沒有到醫療院所(或醫護人員來幫您做)做過下列檢查？

### 【逐項探問】

檢查項目	D11. 過去一年內， 您有沒有做過 【唸出左列項目】？		D11a. 最近一次的【唸出左列項目】 檢驗結果如何？正不正常？		
	0 沒有或 不確定	1 有 	1 正常	2 異常	3 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. 肝功能檢查	0	1	1	2	3
6. 大便潛血檢查	0	1	1	2	3
7. 直腸鏡檢查	0	1	1	2	3
8. 口腔癌篩檢	0	1	1	2	3
9. 胸部 X 光檢查	0	1	1	2	3
10. 胃及食道檢查	0	1	1	2	3

## 成人健康檢查

D12. 過去一年內，您有沒有接受過**全身性**的健康檢查？（**不包括**：1.產前檢查，2.因為特殊問題所接受的單項或例行性檢查，3.捐血所提供的檢查）

0 沒有【跳問 D13】

1 有



D12a. 您**最近這一次**全身性的健康檢查是由誰提供的？其名稱是什麼？

1 自費(醫院提供的套裝檢查)

2 全民健保支付，即成人預防保健服務

3 縣市政府提供，為：

1 社區整合性篩檢

(如**基隆市**社區闖家歡健康篩檢計畫、**宜蘭縣**蘭陽好厝邊健康服務計畫、**台南縣**行動醫院計畫、**桃園縣**走進桃花源成人預防保健社區巡迴服務計畫或**台北縣**健康逗陣來社區整合式健康篩檢服務計畫等)

2 其他，如\_\_\_\_\_

4 服務單位支付，為：

1 勞工健康檢查

2 公務人員健檢

3 其他，如\_\_\_\_\_

5 商業保險支付

6 學校健康檢查/兵役體檢

7 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

D12b. 您**最近這一次**全身性的健康檢查是在什麼地方檢查的？

1 醫療院所

2 健檢中心

3 社區設點之篩檢地點，如衛生所室、活動中心、廟宇、學校等。

4 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

D12c. **最近這一次**全身性的健康檢查，您或您家人自掏腰包付了多少錢？

\_\_\_\_\_ 元

## 乳癌

- D13. 【訪員查核】 1 個案為男性
- 2 個案為未滿 50 歲女性 →【跳問 D14】
- 3 個案為 50 歲及以上女性



D13a. 從過去至目前為止，您是否曾經做過乳房攝影檢查？

- 0 不曾做過【跳問 D14】      1 曾做過

★D13b. 就您最近一次做乳房攝影檢查的經驗來說，您覺得檢查過程會不會有不舒服的感覺？

- 1 非常不舒服      2 不太舒服      3 普通
- 4 沒有不舒服

★D13c. 您知不知道全民健康保險有提供 50 69 歲婦女每 2 年一次做乳房攝影檢查？

- 0 不知道      1 知道

## 流行性感冒預防注射

D14. 過去一年內，您有沒有接受過流行性感冒疫苗預防注射？

- 0 沒有      1 有

## E. 個人健康行為

前言：接下來的問題，是有關您在交通安全、運動、營養、抽煙、喝酒等生活習慣的情形，請您告訴我：

### 交通安全

E1. 每次開車或坐在**汽車前座**時，您是否都有繫**安全帶**？

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

E2. 每次騎乘或搭乘**摩托車**時，您是否都有戴**安全帽**？

- 1 從來沒有，或幾乎從來沒有戴安全帽      5 很少搭乘機車，或從不搭乘機車
- 2 偶爾會戴安全帽
- 3 幾乎多數的時候都有戴安全帽
- 4 每次都有戴安全帽

E3. 請問您**最近一年內**使用**腳踏車**的情形(頻率)是？

- 1 每月少於一次或從來不騎 **【跳問 E4】**
- 2 每月二、三次
- 3 每週一、二次
- 4 幾乎每天騎

E3a. 請問您平常使用**腳踏車**時，有沒有戴**安全帽**？

- 1 完全不戴
- 2 很少戴
- 3 有時候會戴
- 4 經常戴
- 5 每次都會

## 喝酒

E4. 您**目前**是否有喝酒？【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酒】

0 沒有(滴酒不沾) 【跳問 E5】

1 有(偶爾或應酬時才喝也算“有”)



E4a. 您大約多久喝一次？		
<input type="checkbox"/> 1 每月不到一次	<input type="checkbox"/> 4 兩、三天喝一次	
<input type="checkbox"/> 2 每月一、二次	<input type="checkbox"/> 5 (幾乎)每天喝	
<input type="checkbox"/> 3 每週一次		
E4b. 您 <b>通常</b> 喝到什麼程度？		
<input type="checkbox"/> 1 淺酌(不醉)	<input type="checkbox"/> 2 微醺(半醉)	<input type="checkbox"/> 3 常喝醉(爛醉)

## 吸菸

E5. 您是否**曾經**吸過菸？

0 沒有吸過

1 僅嘗試吸過幾次而已

2 有吸過，從**以前到現在沒有**吸超過 5 包（100 支）菸

3 有吸過，從**以前到現在有**吸超過 5 包（100 支）菸

【跳問 E5e】

E5a. 您是幾歲 <b>開始</b> 吸菸的呢？_____ 歲
E5b. 您吸菸大約吸了幾年?(扣除戒菸期間) 約吸了_____年_____個月 <input type="checkbox"/> 超過二十年以上
E5c. 請問您 <b>過去一個月內</b> 是否有吸菸？
<input type="checkbox"/> 1 (幾乎)每天吸 → E5c_1.平均每天吸菸 _____ 支
<input type="checkbox"/> 2 偶爾吸 → E5c_2.平均每個月大概吸菸_____ 支
<input type="checkbox"/> 3 已經戒菸 → E5c_3.戒菸多久了? 戒了_____年_____個月 【跳問 E5e】
E5d. 您會不會因為有孕婦在場而不吸菸？
<input type="checkbox"/> 0 不會 <input type="checkbox"/> 1 會 <input type="checkbox"/> 2 不一定

E5e. 過去一星期內，您是否曾吸過二手菸？

0 否 **【跳問 E5f】**

1 是



E5e\_1. 您是在那些場所吸到二手菸？ **【可複選】**

a 自己家中或住處

b 親友家中或住處

c 學校

d 工作場所

e 餐廳

f 其他公共場所 **【請寫出】** \_\_\_\_\_

★E5f. 您認為需不需要禁止懷孕中的婦女吸菸？

0 不需要

1 需要

2 不確定

★E5g. 您認為有人在孕婦身邊吸菸，對懷孕中的胎兒有沒有影響？

0 沒有影響

1 有影響

2 不知道

## 嚼檳榔

E6. 您是否 **曾經**嚼食過檳榔？ **【若曾】** 目前還有沒有在吃檳榔(含應酬嚼的檳榔)？

0 否，從未嚼過

1 是，從過去到現在只嚼過 1-2 次

2 是，以前嚼，**現在不嚼**(最近 6 個月沒有嚼)，戒了 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 個月 **【跳問 E6i】**

3 是，**現在嚼**(包括最近 6 個月曾嚼過)

→ **【跳問 E6p】**

E6a. 請問您 **最近六個月**嚼食檳榔的情形？

1 每天嚼(每週 6~7 天)

2 每週嚼 3~5 天

3 每週嚼 1~2 天

4 每月嚼 \_\_\_\_\_ 次

E6b. **最近六個月**平均每天吃幾顆檳榔？

約每天幾 \_\_\_\_\_ 顆(或每天約 \_\_\_\_\_ 元的檳榔)

98 無法回答

E6c. 您從過去到現在，吃最多時，每天吃多少顆的檳榔？

約每天 \_\_\_\_\_ 顆(或每天約 \_\_\_\_\_ 元的檳榔)

98 無法回答

E6d. 您從幾歲**開始**嚼食檳榔? \_\_\_\_\_歲

E6e. 您一共(攏總)已經吃了幾年的檳榔?(扣除戒嚼期間)

約嚼了\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_個月

超過二十年以上

E6f. 您**最近一年內**有沒有嘗試戒嚼檳榔?

0 沒有 **【跳問 E6g】**

1 有



E6f\_1. 維持戒嚼的最長時間達多久?

1 一個月

2 二~三個月

3 四~六個月

4 六個月~一年

5 其他 **【請寫出】** \_\_\_\_\_

★E6f\_2. 使您嘗試戒嚼檳榔**最大**的影響因素是?

1 醫護人員勸戒

2 家人朋友勸戒

3 身體不適

4 有檳榔同好者罹患口腔病變或癌症案例

5 其他 **【請寫出】** \_\_\_\_\_

★E6f\_3. 當您停止吃檳榔後有沒有什麼反應? **【可複選】**

a 口乾舌燥

d 會冒冷汗

b 無精打采

e 精神不集中

c 煩躁

f 其他 **【請寫出】** \_\_\_\_\_

g 沒有任何感覺/反應

E6g. **最近一年內**是否曾有醫護人員勸您戒掉檳榔?

0 沒有

1 有

★E6h. 為什麼您現在還在嚼檳榔呢?

1 因工作關係須靠它提神

2 因檳榔可助建立人際關係

3 其他 **【請寫出】** \_\_\_\_\_

**【跳問 E6m】**



## 戒檳榔

E6i. 您從幾歲開始嚼食檳榔？\_\_\_\_\_歲

E6j. 到您戒掉檳榔為止，您一共(攏總)吃了幾年的檳榔？(扣除戒嚼期間)

約嚼了\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_個月

超過二十年以上

★E6k. 您為甚麼會把檳榔戒掉呢？【可複選】

a 健康因素(口腔病變)

c 社會因素(家人親友勸戒)

b 經濟因素(沒錢買)

d 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

E6l. 是否因為醫護人員勸您戒掉檳榔，所以您才戒檳榔？【續問 E6m】

0 否

1 是

2 不知道

★E6m. 你**第一次**為什麼會去嚼食檳榔？

1 好奇

2 為了交朋友，獲得同儕的認同

3 商場上的需要

4 為了提神

5 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

★E6n. 你認為你**第一次**嚼食檳榔**最主要**是受到誰的影響？

1 同學

2 同事

3 朋友

4 父親

5 母親

6 兄弟姊妹

7 商場上生意伙伴

8 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

E6o. 你在**過去一年內**有沒有做過「**口腔癌檢查**」？

0 沒有

1 有【跳問 E6p】

★E6o\_1. 為甚麼不去檢查呢？原因：\_\_\_\_\_代號：\_\_\_\_\_

\* 不去檢查的原因與代號：

01 不知道有此服務    02 附近沒有可以提供此服務之診所及醫院    03 交通不便

04 沒空    05 身體很好    06 認為得口腔癌的機會低    07 其他    08 不知道去那裡檢查

## 嚼食檳榔認知

★E6p. 下面的這些說法，有人同意，但也有人不同意，你的看法呢？

說 法	0 不同意	1 同意	2 不知道
E6p_1. 即使檳榔不含添加物，也具有致癌性	0	1	2
E6p_2. 嚼檳榔又吸菸的人得口腔癌的危險性更大	0	1	2

★E6q. 您是否會禁止自己現有（或未來之）子女嚼食檳榔？

0 不會禁止

1 會禁止

## 勞力性工作

E7. 過去兩個禮拜，您有沒有做任何**費力性**的勞動呢？(例如：下田、搬貨、粗工、出海捕魚，或作粗重家務……等等)

0 沒有【跳問 E8】

1 有



E7a. 過去兩個禮拜，您做的是哪幾種勞動？【依序填上最常做的勞動名稱及代號】		E7b. 過去兩個禮拜您作幾次這項勞動？	E7c. 過去兩個禮拜，這項勞動您每次做多久？	E7d. 您做這項勞動時，是否會感到呼吸急促？			
名稱	代號			1. 沒什麼變化	2. 呼吸輕微加快	3. 有喘氣現象	4. 上氣不接下氣
1.		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
2.		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
3.		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
4.		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
5.		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4

勞動名稱及代號：

- 01.種田 02.搬重物 03.打漁 04.採礦 05.下海採收作物 06.資源回收  
 07.建築相關勞力性工作 08.林業工 09.狩獵 10.拖地、提水等粗重家務  
 11.其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## 運動

E8. 過去兩個禮拜，您有沒有做過任何運動呢？(如：跑步、打拳、或跳舞…等等)

【訪員注意：如果是工作上的勞動，例如下田、搬貨，或作家務……等不算是運動】

0 沒有【跳問 E9】

1 有

E8a. 過去兩個禮拜，您做的是 哪種運動呢？ 【依序填上最常做的 運動名稱及代號】		E8b. 過去兩 個禮拜， 您做幾次 【唸出左 列項目】？	E8c. 過去兩個禮拜， 您每次【唸出左列 項目】花多少時 間？	E8d. 您【唸出左列項目】時， 是否會感到呼吸急促？			
				1 沒什 麼變 化	2 呼 吸 輕 微 加 快	3 有 喘 氣 現 象	4 上 氣 不 接 下 氣
名稱	代號						
(1)		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
(2)		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
(3)		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
(4)		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4
(5)		_____次	_____小時_____分鐘	1	2	3	4

### 運動名稱及代號：

010 散步      020 慢跑      030 健走      040 跳繩  
 050 游泳      061 體操(指有做到肢體伸展的體操)      062 甩手運動      063 瑜珈  
 071 外丹功      072 內丹功      073 法輪功      074 元極舞  
 075 太極拳      076 香功      077 其他氣功【請寫出】\_\_\_\_\_

081 足球      082 高爾夫球      083 羽毛球      084 桌球      085 槌球  
 086 網球      087 撞球      088 籃球      089 其他球類運動【請寫出】\_\_\_\_\_

090 有氧舞蹈、跳舞機      091 土風舞、國際標準舞…

100 騎單車(或腳踏車機)      110 爬山

120 重量訓練(如舉重、包括健身房的舉重機)      130 爬樓梯

140 搖呼拉圈      150 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## 日常生活行為

- E9. 【訪員核對】 1 非臥床者【續問 E9a】  
2 臥床者【跳問 E10】

E9a. 整體而言，除了睡覺以外，您**每天坐著(不太動)的時間**，包括上班、上學、看書報、看電視、打電腦、打電動、寫作業……等等，大約有幾個小時呢？  
約\_\_\_\_\_小時

## 潔牙

E10. 您**通常一天刷牙(或清潔活動假牙)幾次**？\_\_\_\_\_次 00 都沒有【跳問 E10b】



E10a. 您通常什麼時候刷牙(或清潔活動假牙)呢？【可複選】

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a 早上起床後 | <input type="checkbox"/> e 每次吃完點心後      |
| <input type="checkbox"/> b 早餐後   | <input type="checkbox"/> f 睡覺前          |
| <input type="checkbox"/> c 午餐後   | <input type="checkbox"/> g 其他【請寫出】_____ |
| <input type="checkbox"/> d 晚餐後   |   |

E10b. 您有沒有使用牙線或牙線棒(牙籤、牙間刷不算)的習慣呢？

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 沒有在用      | <input type="checkbox"/> 1 偶爾用     |
| <input type="checkbox"/> 2 (幾乎)每天都有用 | <input type="checkbox"/> 3 個案為全口假牙 |

E10c. 您有沒有使用漱口藥水的習慣呢？

- |                                 |                                |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 沒有在用 | <input type="checkbox"/> 1 偶爾用 | <input type="checkbox"/> 2 (幾乎)每天都有用 |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

E10d. 請問您平常有沒有**半年定期**到牙醫診所**洗牙**的習慣？

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 |
|-------------------------------|------------------------------|

## 共用牙刷、刮鬍刀

E11. 請問您會不會與他人(如家人、朋友等)共用牙刷？

- |                               |                                    |                                       |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 不曾 | <input type="checkbox"/> 1 會，且經常共用 | <input type="checkbox"/> 2 偶爾不方便時才會共用 |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

E11a. 請問您會不會與他人(如家人、朋友等)共用刮鬍刀/體毛刀？

- |                               |                                    |                                       |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 不曾 | <input type="checkbox"/> 1 會，且經常共用 | <input type="checkbox"/> 2 偶爾不方便時才會共用 |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

## 保健設備

E12. 您(經常住的)家中有下列哪些保健設備?【可複選, 逐項探問】

- a 體溫計      b 口罩      c 急救箱      d 血壓計  
e 血糖機      f 以上皆無

## 咳嗽與發燒

E13. 您過去一年有沒有出現咳嗽而且發燒的症狀?

- 0 沒有【跳問 E14】      1 有

E13a. 您過去一年出現咳嗽而且發燒症狀時, 在家會不會戴口罩?

- 0 不會      1 會      2 不一定

E13b. 您過去一年出現咳嗽而且發燒症狀時, 外出會不會戴口罩?

- 0 不會      1 會      2 不一定      3 不外出【跳問 E14】

E13c. 您過去一年出現咳嗽而且發燒症狀時, 除了看醫生外, 您會去上班/上課或出門嗎?

- 0 不會      1 會      2 不一定      3 尚未就學或就業  
4 剛好例假日生病, 都在家中不需外出

## 身高體重

E14. 請問您現在的身高是幾公分呢?

- 1.口述: \_\_\_\_\_公分, 或 2.實際測量: \_\_\_\_\_公分

E15. 請問您的體重是幾公斤呢?

- 1.口述: \_\_\_\_\_公斤, 或 2.實際測量: \_\_\_\_\_公斤

E15a. 請問您體重最重的時候是多少呢?【懷孕時的體重不算, 產後6個月開始算】

- \_\_\_\_\_公斤      998 不知道

E15b. 過去一年內, 您的體重有沒有減少過或增加過三公斤以上?【可複選】

- a 有減少過三公斤以上      c 沒有明顯變化  
b 有增加過三公斤以上      d 不知道

E15c. 過去一年內, 您體重最重的時候是多少公斤呢?

- \_\_\_\_\_公斤      998 不知道

E15d. 過去一年內, 您體重最輕的時候是多少公斤呢?

- \_\_\_\_\_公斤      998 不知道

## 體重控制

E16. 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      3 增加體重  
2 控制維持現狀      4 沒有做任何控制 → **【跳問 E17】**

E16a. 您**現在**是採取哪一種方式控制體重？【可複選】

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

## 飲食型態

E17. 通常一個星期裡，您有幾天有吃早餐呢？

- 0 不吃      2 每週 2~3 天  
1 每週一天或一天以下      3 每週 4~5 天  
4 每天或幾乎每天吃 → **【跳問 E18】**

E17a. 您不吃早餐的**最主要原因**是什麼？

- 1 沒有時間吃      4 家裡沒有準備      7 其他【請寫出】 \_\_\_\_\_  
2 控制體重      5 沒有習慣吃  
3 吃不下      6 為了省錢      **【續問 E18】**

E18. 接下來我會唸出一些食物種類，請問您**通常一個星期吃幾次呢？**【逐項詢問】

食物	0.從來不吃	1.每週1次以下或很少吃	2.每週1~2次	3.每週3~5次	4.每天或幾乎每天吃
1.飯或麩食	0	1	2	3	4
2.肉類或禽類	0	1	2	3	4
3.魚類	0	1	2	3	4
4.其他海鮮類	0	1	2	3	4
5.蛋類	0	1	2	3	4
6.牛奶、羊奶	0	1	2	3	4
7.起司片、起司塊	0	1	2	3	4
8.優酪乳、優格、養樂多	0	1	2	3	4
9.黃豆類(豆漿、豆腐)	0	1	2	3	4
10.鮮豆類(綠豆、紅豆)	0	1	2	3	4
11.新鮮蔬菜	0	1	2	3	4
12.新鮮水果	0	1	2	3	4
13.漢堡	0	1	2	3	4
14.薯條	0	1	2	3	4
15.披薩	0	1	2	3	4
16.餅乾、糖果、巧克力	0	1	2	3	4
17.蛋糕、麵包	0	1	2	3	4
18.冰淇淋、奶昔、冰品	0	1	2	3	4
19.可樂、沙士、含糖飲料	0	1	2	3	4
20.咖啡	0	1	2	3	4
21.茶	0	1	2	3	4

E18a. 您**每天**一共吃幾碗飯或麵呢？\_\_\_\_\_碗

E19. 您**目前**有使用下列哪些**健康食品或營養補充劑**？【可複選，逐項詢問】

維生素類

- a 綜合維他命
- b 維他命 E
- c 維他命 C
- d 維他命 B 複合物
- e 葉酸

礦物質類

- f 鈣
- g 鐵
- h 鋅

健康食品類

- i 甲殼素
- j 鯊魚軟骨粉
- k 維骨力(或葡萄糖胺)
- l 卵磷脂
- m 大豆異黃酮素(或植物性荷爾蒙)
- n 葡萄籽粹取物
- o 蜂膠
- p 深海魚油
- q 其他【請寫出】\_\_\_\_\_
- r 以上皆無

★ 食品標示利用

【注意：以下 E20、E21、E22、及 F 節不能代答，需受訪者本人回答，若為代答者直接跳問 G 節】

★E20. 當您在購買包裝食品時（如餅乾、牛奶、調味料…等），通常您是否會注意包裝上的**製造日期、保存期限、或有效日期**呢？

- |                                     |           |                                   |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 從不購買包裝食物 | →【跳問 E21】 | <input type="checkbox"/> 4 有時候會注意 |
| <input type="checkbox"/> 2 從不注意     |           | <input type="checkbox"/> 5 經常會注意  |
| <input type="checkbox"/> 3 很少注意     |           | <input type="checkbox"/> 6 每次都會注意 |
- ↓

★E20a. 當您在購買包裝食品時，會不會注意包裝上標示的**鹽、糖、麵粉、奶粉、磷酸鹽、食用色素、防腐劑**…等？

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 從不注意  | <input type="checkbox"/> 2 很少注意   | <input type="checkbox"/> 3 有時候會注意 |
| <input type="checkbox"/> 4 經常會注意 | <input type="checkbox"/> 5 每次都會注意 |                                   |

★E20b. 當您在購買包裝食品時，會不會注意包裝上標示的**熱量、蛋白質、脂肪、碳水化合物、鈉**呢？

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 從不注意  | <input type="checkbox"/> 2 很少注意   | <input type="checkbox"/> 3 有時候會注意 |
| <input type="checkbox"/> 4 經常會注意 | <input type="checkbox"/> 5 每次都會注意 |                                   |



★藥袋標示

★E21. **最近一次**在醫院或診所看完病後，您是在哪裡拿藥？(包括幫家人拿藥)

- 1 醫院    2 診所    3 藥局(房)    4 沒有拿藥 **【跳問 E22】**

★E21a. 當您拿到藥時，您是否會注意藥袋上有沒有標示**藥品名稱**？

- 1 從不注意  
2 有時會注意  
3 經常會注意  
4 每次都注意  
5 不識字或看不懂



★E21b. 當您拿到藥時，您是否會注意藥袋上有沒有標示**使用方式、次數**？

- 1 從不注意  
2 有時會注意  
3 經常會注意  
4 每次都注意  
5 不識字或看不懂

★E21c. 當您拿到藥時，您是否會注意藥袋上有沒有標示用藥**注意事項**(包括：過敏、嗜睡、頭暈或其他副作用等)？

- 1 從不注意  
2 有時會注意  
3 經常會注意  
4 每次都注意  
5 不識字或看不懂

★E22. **過去一年來**，您是否曾經因用藥問題請教藥師？(包括幫家人請教藥師)

- 0 沒有     **【跳問下一節】**    2 有 **【續問 E22a】**  
1 有，但不確定是不是藥師 

★E22a. 是哪裡的藥師？ **【可複選】** a 醫院藥師    b 診所藥師    c 藥局(房)藥師

## F. 自覺健康狀態 (SF-36)

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圈選一適當答案。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。

★F1. 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

★F2. 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

★F3. 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
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 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
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

★F4. 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
a. 做工作或其它活動的 <u>時間</u> 減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要 <u>完成的較少</u>	1	2
c. 可以做的工作或其它活動的 <u>種類</u> 受到限制	1	2
d. 做工作或其它活動 <u>有困難</u> (例如，須更吃力)	1	2

★F5. 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
a. 做工作或其它活動的 <b>時間</b> 減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要 <b>完成的較少</b>	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往 <b>小心</b>	1	2

★F6. 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

★F7. 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

★F8. 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

★F9. 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
a. 您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b. 您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c. 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
d. 您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e. 您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f. 您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g. 您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h. 您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i. 您覺得累？	1	2	3	4	5	6

★F10. 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

★F11. 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
a. 我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b. 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
c. 我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d. 我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

## G. 居家環境

### 現在我想請問您，關於您的居家環境問題

G1. 您在**過去一年內**是否曾**在家裡**吸到**工廠或商家**排出的黑煙、廢氣、刺激性氣體、或揮發性化學品？

0 否 1 是

G2. 您家裡在**過去一年內**是否有燒香的習慣？

0 否 1 是

G3. 您家裡在**過去一年內**是否曾使用過蚊香(包括電蚊香)？

0 否 1 是

G4. 您家裡在**過去一年內**是否曾使用過除溼機？

0 否 1 是

G4\_1. 您家裡在**過去一年內**是否曾使用過空氣清淨機？

0. 否 1. 是

G5. 您家裡在**過去一年內**是否曾鋪設過地毯？

0 否 1 是

G6. 您家裡在**過去一年內**是否曾飼養過有毛的寵物？

0 否 1 是

G7. 您家裡在**過去一年內**是否曾有蟑螂出沒？

0 否 1 是

G8. 您家裡在**過去一年內**是否曾有老鼠出沒(不包含寵物鼠)？

0 否 1 是

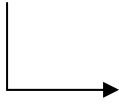
G9. 您家裡在**過去一年內**是否曾有天花板滲水、地板積水、壁癌或傢俱長霉情形？

0 否 1 是

## H. 工作與經濟狀況

H1. 請問您**目前**有沒有在工作？

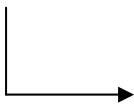
0 沒有工作



H1a. 您為什麼沒有工作呢？

- 1 學生
- 2 家庭管理
- 3 服役 (義務兵役)
- 4 已退休
- 5 季節性(週期性)休業、暫時停工
- 6 失業 (能工作、想工作、尚未再找到工作)
- 7 無工作能力
- 8 其他原因【請寫出】\_\_\_\_\_

1 有工作



H1b. 您工作的地方是做什麼的？(指公司、機關或事業的性質)

行業：\_\_\_\_\_

H1c. 職業(請詳細記錄具體**職位**)：

\_\_\_\_\_

H1d. 您工作的業主或老闆和您是什麼關係？

- 1 政府雇用            3 自營 (下無員工)
- 2 民間雇用            4 雇主 (下有員工)

H1e. 您工作的地方(公司/機關)有多少員工？

- 1 少於 30 人    2 30 人以上

## 保險利用

H2. 您**最近一個月**有無加入全民健保？

0 從未加入健保

2 中斷健保

1 有加入健保【跳問 H2b】

3 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

H2a. 您**目前**未參加全民健保的原因，是因為自己或可依附之人(即配偶/父母/已成年之子女)有下列情形？【可複選】

a 雇主拒絕辦投保

h 已有其他商業保險

b 收入不穩或太少

i 工作轉換尚未投保

c 失業

j 身體健康不需投保

d 不知有全民健保

k 長期出國

e 不知如何投保

l 受刑人

f 積欠保費不敢投保

m 家庭因素(例如：家長失和/離異/去世)

g 覺得保費太貴

【請寫出】\_\_\_\_\_

n 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

H2b. 請問您**目前**除了全民健保外，有無購買其他商業保險？

0 沒有【跳問 H3】

1 有



H2c. 請問是那些種類的保險？【可複選】

a 壽險(例如定期型、終身型)

b 儲蓄險(例如還本型、滿期金型)

c 健康醫療險(例如一年期型、終身型、防癌險等)

d 年金保險(年繳、半年繳、季繳、月繳型)

e 意外險(例如壽險附約、旅行平安險等)

f 團體險(例如學生平安保險等)

g 投資型保險(結合股票、基金、債券)

h 其他保險【請寫出】\_\_\_\_\_

H2d. 除了全民健保外，請問您**一年**的總保費是多少？\_\_\_\_\_元



## 收入狀況

H3. 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、社會救助、退休金等），大約有多少？

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

H4. 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、社會救助、退休金等），平均一個月大約有多少？

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 3萬元以下      | <input type="checkbox"/> 5. 10萬元~15萬元以下 |
| <input type="checkbox"/> 2. 3萬元~5萬元以下  | <input type="checkbox"/> 6. 15萬元~20萬元以下 |
| <input type="checkbox"/> 3. 5萬元~7萬元以下  | <input type="checkbox"/> 7. 20萬元以上      |
| <input type="checkbox"/> 4. 7萬元~10萬元以下 |   |

H5. 請問您住的地方共有幾線家用電話號碼？(不包括手機、傳真或上網專用電話)

共\_\_\_\_\_線

問卷到此結束，謝謝您的合作。謝謝！

訪視結束時間：1 上午    2 下午    \_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分（採24小時制）

H3. 過去一年中您平均一個月的  
個人收入

- 0. 沒有收入
- 1. 5千元以下
- 2. 5千元~1萬元以下
- 3. 1萬元~1萬5千元以下
- 4. 1萬5千元~2萬元以下
- 5. 2萬元~4萬元以下
- 6. 4萬元~6萬元以下
- 7. 6萬元~8萬元以下
- 8. 8萬元~10萬元以下
- 9. 10萬元以上

H4. 過去一年中您家中平均一個月的  
家戶收入

1. 3 萬元以下

2. 3 萬元~5 萬元以下

3. 5 萬元~7 萬元以下

4. 7 萬元~10 萬元以下

5. 10 萬元~15 萬元以下

6. 15 萬元~20 萬元以下

7. 20 萬元以上

## I. 訪問記實

1. 本問卷完成時間：

起：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分；

迄：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分，共計\_\_\_\_\_分鐘。

特殊註記：\_\_\_\_\_

2. 是否簽署全民健保資料查詢同意書？

1 有簽署

0 不願意

3. 領取紀念品之品名：

1 毛毯

2 修容組

3 保溫便當盒

4 絲巾禮盒

5 水壺腰包

6 多功能計算機

7 其他(請寫出)\_\_\_\_\_

4. 是否完成自填問卷？

1 有

0 沒有，原因為：

1. 不識字

2. 重病或身體虛弱體力無法支持

3. 嚴重的精神或心智障礙

4. 個案拒填

5. 家人拒絕讓個案填寫

6. 其他【請寫出】\_\_\_\_\_

## J. 訪員觀察及訪問過程狀況記錄

J1. 訪問地點：1 個案戶籍地                      2 個案現住地  
3 工作/上學地點                      4 其他【請寫出】：\_\_\_\_\_

J2. 訪問過程中，是不是有其他人在場？

1 有，大部分時間都在場                      3 有，偶爾在場  
2 有，約有一半的時間在場                      4 沒有他人在場【跳 J3】

J2a. 【如果有他人在場】他們是**個案**的什麼人？

\_\_\_\_\_

J2b. 在場的其他人是不是有影響受訪者作答的情形？如何影響？

1 有造成干擾                                      3 在旁注意聽，但沒有加入回答  
2 有幫受訪者回答或改正答案                      4 沒有影響

J2c. 受訪者會不會因為有人在場而無法專心作答？

1 一直受到影響                                      3 一點點影響  
2 有些影響    4 不受影響

J3. 與受訪者交談所用語言【可複選】

1 國語                      2 台語                      3 客家語                      4 其他【請寫出】：\_\_\_\_\_

J4. 受訪者瞭解問題的情形怎麼樣？

1.很好                      2.好                      3.尚可                      4.很差

J5. 受訪者合作程度                      1.很合作                      2.普通                      3. 很不合作

J6. 受訪者回答可靠程度

1.全部可靠                      2.大部分可靠                      3.部分可靠                      4.大部分不可靠

J6a. 何題不可靠？(若整頁或整節不可靠，則填頁數或節名)

\_\_\_\_\_

J7. 請寫出有關訪問過程、受訪者反應、或其他特殊狀況、問題：

J8. 寫下有助於再訪時找到該個案(該代答者)之記述或圖示：