

核准機關：行政院主計總處  
核准文號：主普管字第 1020400481 號  
有效期間：至 103 年 6 月 30 日止  
辦理機關：財團法人國家衛生研究院  
行政院衛生署國民健康局  
IRB 通過案號：國家衛生研究院 EC1020502 號

樣本編號：(訪員填寫)

B								1-8
	鄉鎮區代碼				序列號			

民國一〇二年  
國民健康訪問調查面訪問卷(12-64 歲)  
(適用 37 年 5 月 1 日至 90 年 4 月 30 日出生者)

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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

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)

註：「衛生福利部及所屬機關(構)組織法案」業於 102 年 5 月 31 日經立法院三讀通過，辦理機關於組織改造後，行政院衛生署國民健康局變更為衛生福利部國民健康署。



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您的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. 【訪員請先填本局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【訪員請唸出本局提供的戶籍出生年月日】？

1 是

2 不是，請問您的實際出生日期是？

A1\_1a. 民國 \_\_\_\_\_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】

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	
代號	不識字	識字	一	二	三	四	五	六	一	二	三	一	二	三	一	二	三	四	17	99
	19	18	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	99
			初等科 (日制)						高等科 (日制)			一二三 (五專)				(中)醫 畢業 、牙醫學系				

## 居住安排

A4. 您目前是不是一個人住？ 0 不是 1 是【跳問 A5】

A4a. 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

A4b. 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

A5. 請問您目前的婚姻狀況是未婚、已婚先生/太太也同住或是其他什麼樣的情況？

- 0 從未結婚【跳問 A6a】
- 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 A6a】
- 5 喪偶(未再婚)【跳問 A6a】
- 其他【跳問 A6a】

A5a. 請問您的先生/太太籍貫是本省閩南人(河洛人)、客家人、大陸省份，還是哪裡人？

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 本省閩南人(河洛人) | <input type="checkbox"/> 7 越南籍   |
| <input type="checkbox"/> 2 本省客家人      | <input type="checkbox"/> 8 泰國籍   |
| <input type="checkbox"/> 3 大陸省份(外省人)  | <input type="checkbox"/> 9 印尼籍   |
| <input type="checkbox"/> 4 中國大陸配偶     | <input type="checkbox"/> 10 菲律賓籍 |
| <input type="checkbox"/> 5 原住民        | <input type="checkbox"/> 11 其他國籍 |
| <input type="checkbox"/> 6 金門、馬祖      |                                  |

A5b. 您先生/太太的年齡多大？滿\_\_\_\_\_足歲(實足年齡)

A5c. 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	不詳
	不識字	識字	一	二	三	四	五	六	一	二	三	一	二	三	一	二	三	四		
	19	18	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	99
			初等科 (日制)						高等科 (日制)			一二三 (五專)			四五				17 (中)醫、牙醫學系 畢業	

### 籍貫

A6a. 您的父親是本省閩南人(河洛人)、客家人、大陸省份，還是哪裡人？

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 本省閩南人(河洛人) | <input type="checkbox"/> 6 金門、馬祖 |
| <input type="checkbox"/> 2 本省客家人      | <input type="checkbox"/> 7 越南籍   |
| <input type="checkbox"/> 3 大陸省份(外省人)  | <input type="checkbox"/> 8 泰國籍   |
| <input type="checkbox"/> 4 中國大陸配偶     | <input type="checkbox"/> 9 印尼籍   |
| <input type="checkbox"/> 5 原住民        | <input type="checkbox"/> 10 菲律賓籍 |
|                                       | <input type="checkbox"/> 11 其他國籍 |
- 【訪員注意：請將原住民族別記錄於訪問狀況紀錄表】

A6b. 您的母親是本省閩南人(河洛人)、客家人、大陸省份，還是哪裡人？

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 本省閩南人(河洛人) | <input type="checkbox"/> 6 金門、馬祖 |
| <input type="checkbox"/> 2 本省客家人      | <input type="checkbox"/> 7 越南籍   |
| <input type="checkbox"/> 3 大陸省份(外省人)  | <input type="checkbox"/> 8 泰國籍   |
| <input type="checkbox"/> 4 中國大陸配偶     | <input type="checkbox"/> 9 印尼籍   |
| <input type="checkbox"/> 5 原住民        | <input type="checkbox"/> 10 菲律賓籍 |
|                                       | <input type="checkbox"/> 11 其他國籍 |
- 【訪員注意：請將原住民族別記錄於訪問狀況紀錄表】

## 宗教信仰

A7. 請問您信仰什麼宗教(信什麼教)?

- 0 沒有信任何宗教 **【跳問 B1】**       4 天主教
- 1 道教或民間傳統宗教信仰       5 一貫道
- 2 佛教       6 回教
- 3 基督教       7 其他宗教

A7a. 下面我提到的活動，請告訴我，平時您大約多常做這項活動?

活動項目	1 從不	2 很少	3 有時候	4 經常
1 在家裡禱告、燒香拜神或拜佛	1	2	3	4
2 唸經或是讀(聖)經	1	2	3	4
3 上教堂、佛堂或到寺廟裡拜拜	1	2	3	4
4 看或聽宗教節目	1	2	3	4

## 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. B1a~B1b 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 B2a】 1 是 【續問 B1a】

### 自評健康

★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. 和一年前比較，您看您目前的健康狀況是：

1 好很多 2 好一些 3 差不多 4 差一些 5 差很多

B2a. 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。

### 疾病狀況

B2b. 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

B2c. 【訪員查核】 請問 B2b 題是由誰回答？

1 個案本人 2 代答者

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



【跳問 B4】

1 有



不知道



【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 →

B3c. 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

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



【跳問 B5】

1 有



不知道



【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 1 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

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. 您平均幾天做一次血糖自我檢查？

1 每天/一天好幾次 3 4~6 天才 1 次

2 2~3 天才一次 4 一個星期或超過一星期才 1 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 不要用刀片割雞眼(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

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



【跳問 B6】

1 有



不知道



【跳問 B6】

B5a. 是不是醫護人員(含醫檢師)告訴您的？

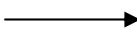
0 不是

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

1 偶爾或必要時服用

2 經常或按時服用

B6. 【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)，請問除了吃藥之外，在日常生活上，您有沒有量血壓/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"/>	<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)

的問題？【個案自述、不提示，可複選】

a 控制體重

b 少吸菸

c 少飲酒

d 養成運動習慣

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)

f 生活規律、避免熬夜、放鬆壓力等生活調適

g 打坐、太極、氣功等

h 其他控制方法

i 以上都沒有

接下來，請教您一些關於中風相關的問題

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 B7d】

【跳問 B7d】

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 B7d】**

1 有    →

B7c\_1. 在什麼徵兆下送醫的？**【可複選】**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 突如其來單側肢體的虛弱或麻木 | <input type="checkbox"/> e 眩暈     |
| <input type="checkbox"/> b 理解語言或運用文字有困難   | <input type="checkbox"/> f 出現視力問題 |
| <input type="checkbox"/> c 劇烈頭痛           | <input type="checkbox"/> g 其他徵兆   |
| <input type="checkbox"/> d 失去平衡           |                                   |

B7d. 您是不是曾經發生過短暫性的手腳麻痺或無力、眼睛突然看不見或看不清楚、說話不清的現象，而在 24 小時內就恢復的現象？

0 不曾                      1 曾                      不確定



【跳問 B8】

【跳問 B8】

B7e. 您有沒有因為這樣去做檢查？

0 沒有                      1 有

## 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

## 腎臟病

B9. 您是不是曾經患有腎臟病呢？

【包括腎結石，但不包括懷孕時發生但產後痊癒的尿蛋白症】

0 沒有

1 有

不知道



【跳問 B10】

【跳問 B10】

B9a. 是不是醫護人員告訴您的？

0 不是

1 是

B9b. 是哪一種腎臟病？【可複選】

a 急性、漸進性腎衰竭

e 無症狀之驗尿異常

i 多囊性腎病變(多囊腎、泡泡腎)

b 腎炎

f 糖尿病腎病變

j 腎臟腫瘤

c 腎病徵候群

g 高血壓腎臟病

k 其他腎臟病

d 腎小管功能缺損

h 腎結石

不知道

B9c. 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【跳問 B9d】

B9c\_1. 您多久檢查一次？

1 有

1 幾乎每個月檢查

4 至少 1 年檢查 1 次

2 至少每 3 個月檢查 1 次

5 至少 3 年檢查 1 次

3 至少每 6 個月檢查 1 次

B9d. 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【跳問 B9e】

B9d\_1. 是否為醫師開立的處方，或自行購買，或其他來源？【可複選】

1 偶爾或必要時使用

a 醫師開立處方的中藥

2 經常或按時使用

b 醫師開立處方的西藥

c 自行購買的中藥

d 自行購買的西藥

e 自行購買草藥偏方

f 自行購買其他藥物

g 其他來源

B9e. 您目前是否有在洗腎？

0 沒有

1 有

B9f. 您目前有沒有參加腎臟病友會的活動？

0 沒有

1 有

B9g. 您在日常生活上有沒有因為腎臟病而注意以下的生活行為？【逐項探問】

	0 沒有	1 有	2 本來就有在注意
B9g_a. 注意量血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9g_b. 注意測血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9g_c. 注意測膽固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9g_d. 採行低蛋白飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9g_e. 採行低鹽飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B10. 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	B10_1.最近一年內，您是否曾有過這種病症？		B10_2.是否經過醫師診斷？		B10_3.過去一年有無因此病看醫生？		B10_4.您現在還有這個病症嗎？		B10_5.現在有無在服藥或治療？			B10_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. 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
5. 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
6. 骨質疏鬆	0	1	0	1	0	1	→		0	1	2	0	1	2
7. 癌症 # (1) _____	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
8. 癌症 # (2) _____	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	2
9. 關節炎	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. 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
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

# 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	

接下來要請教您關於聽力方面的問題

## 聽力

B11. 您有沒有戴助聽器或人工電子耳？

<input type="checkbox"/> 0 沒有 ↓	<input type="checkbox"/> 1 有 ↓
B11a1. 您聽聲音是否聽得清楚？	B11_1. 您戴的是助聽器還是人工電子耳呢？ <input type="checkbox"/> 1 助聽器 <input type="checkbox"/> 2 人工電子耳 ↓
↓	B11a2. 您戴助聽器/人工電子耳後，聽聲音是否聽得清楚？ ↓
<input type="checkbox"/> 0 沒有問題，聽得清楚【跳問 B12】	
<input type="checkbox"/> 1 有點問題，聽不太清楚 →	B11b. 您是否會因為聽力的問題，而跟人講話時覺得受挫折(懊惱)？ <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是
<input type="checkbox"/> 2 一點也不清楚，幾乎全聾 →	B11c. 聽力的問題是否造成您聽電視或廣播的困難？ <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是
<input type="checkbox"/> 不確定	



## 視力

B12. 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】【訪員注意：標註◎者可依驗光師判定結果回答】

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	i. 青光眼	0	1
b. ◎高度近視	0	1	j. 老花眼	0	1
c. 近視性黃斑部退化	0	1	k. 老年性黃斑部退化	0	1
d. 斜視	0	1	l. 糖尿病視網膜病變	0	1
e. 弱視	0	1	m. 失明	0	1
f. ◎亂視(散光)	0	1	n. ◎色盲	0	1
g. ◎遠視	0	1	o. 飛蚊症	0	1
h. 白內障	0	1	p. 不明原因之黃斑部退化	0	1
			q. 其他眼疾	0	1

### 【訪員查核】

B12a. 請確認 B12b 題由誰回答：0 代答者      1 樣本個案本人

【訪員注意：如果樣本個案平常有戴眼鏡，請以戴著眼鏡的情況回答 B12b 問題】

B12b. 您認為目前您雙眼的視力狀況為非常好、好、普通、差、或很差？【B12 題回答失明者加問：或您是完全失明？】

1 非常好 【跳問 B13】

2 好 【跳問 B13】

3 普通 【跳問 B13】

4 差 →

5 很差 →

6 完全失明 →

B12b\_1. 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，請圈選那一種視力問題或是眼睛方面的疾病？【可複選】

a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q

拒答

不知道

## 牙齒健康

B13. 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 B13b】      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】

B13a. 您有沒有裝假牙？【b 與 c 可複選】

- a 沒有任何假牙【跳問 B13b】      b 有，活動式假牙      c 有，固定式假牙

B13a\_1. 是部分活動式或全口活動式？

- 1 部分      2 全口【跳問 B13b】

B13a\_2. 您有沒有植牙？

- 0 沒有      1 有，\_\_\_\_\_顆

B13b. 您通常一天刷牙(或清潔活動假牙)幾次？

- 1 \_\_\_\_\_次      0 都沒有【跳問 B13d】

B13c. 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

B13d. 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 B13f】

B13e. 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

★B13f. 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

B13g. 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

## 婦女懷孕與更年期經驗

B14\_0a. 【系統查核】

樣本個案為 1  男性或未滿 15 歲女性 【跳問 B17\_0】 2  15 歲(含)以上之女性 【續問 B14\_1】

B14\_1. 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

B14\_0b. 【系統查核】

樣本個案為 1  未滿 30 歲女性 【跳問 B17\_0】 2  30 歲(含)以上之女性 【續問 B14\_0c】

B14\_0c 【訪員查核】  1 本人回答 【續問 B14a】  2 代答者 【跳問 B16\_0】

★B14a. 請問您目前還有月經嗎？【若有】是否還規律？

0 沒有 【續問 B14b】  2 有，還很規律 【跳問 B16\_0】  1 有，但是不太規律 【跳問 B15】

★B14b. 請問您停經時幾歲？\_\_\_\_\_ 歲

★B15. 您是否曾經因更年期或停經在生理上或情緒上發生變化？

0 沒有 【跳問 B16\_0】  不知道 【跳問 B16\_0】

1 有 【續問 B15a\_1】

2 尚未進入更年期 【跳問 B16\_0】

★B15a\_1. 發生哪些變化？【依受訪者自述打勾，不提示、可複選】

生理上的變化		
<input type="checkbox"/> a 熱潮紅	<input type="checkbox"/> f 頭痛	<input type="checkbox"/> k 肌肉或關節痠痛
<input type="checkbox"/> b 盜汗	<input type="checkbox"/> g 陰道乾澀	<input type="checkbox"/> l 異常疲倦
<input type="checkbox"/> c 心悸	<input type="checkbox"/> h 性慾減低	<input type="checkbox"/> m 皮膚乾燥
<input type="checkbox"/> d 胸悶	<input type="checkbox"/> i 性交疼痛	<input type="checkbox"/> n 生理上的其他變化
<input type="checkbox"/> e 暈眩	<input type="checkbox"/> j 失眠	
心理(情緒)上的變化		
<input type="checkbox"/> o 焦慮	<input type="checkbox"/> q 恐慌	<input type="checkbox"/> s 健忘或注意力不集中
<input type="checkbox"/> p 煩躁	<input type="checkbox"/> r 心情低落	<input type="checkbox"/> t 心理(情緒)上的其他變化

★B15a\_2. 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  不清楚  
 1 現在沒有，但過去曾經有過  不確定  
 2 現在有接受治療

★B15a\_3. 您是否曾經為了增進更年期健康或是避免更年期問題，而採取一些荷爾蒙藥物以外的保健方法？

0 沒有 **【跳問 B16】**

★B15a\_3a. 是哪些保健方法？

**【依個案自述打勾，不提示、可複選】**

1 有 →

a 規律運動

b 採用中國傳統保健(如氣功、太極、元極舞等)

c 採取傳統藥膳食補

d 補充維他命

e 補充鈣片

f 補充植物性荷爾蒙(如月見草、大豆異黃酮等)

g 補充中草藥或服用中藥

h 定期健檢

i 其他保健方法

## 尿失禁

B16\_0 【系統查核】 樣本個案為

1 40 歲以上女性 【續問 B16】 2 個案為未滿 40 歲女性或男性 【跳問 B17\_0】

B16. 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 【跳問 B17\_0】 1 有 【續問 B16a】

B16a. 您這種無法控制小便而漏尿的情形(小便失禁)是在什麼情況下發生？【可複選】

- a (感冒)咳嗽、大笑、打噴涕或腹部用力時發生
- b 上廁所時來不及脫下褲子或拉下拉鍊時發生
- c 其他時候

B16b. 您這種無法控制小便而漏尿的情形(小便失禁)多久發生一次？

- 1 平均每天發生
- 2 不是每天發生，但平均每週都會發生
- 3 不是每週發生，但平均每個月都會發生
- 4 一個月發生不到一次
- 5 季節性發生

B16c. 您是否曾找過西醫治療您漏尿(小便失禁)的問題？

0 沒有 1 有

B17\_0. 【系統查核】 樣本個案為

1  18 歲(含)以上 【續問 B17】

2  未滿 18 歲 【跳問 C1】

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

現在我要請問您一些有關於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，所以需要再問這些問題。

#### 視力

B17. 請問您平常有沒有戴眼鏡？ 1 有 0 沒有  拒答  不知道

B17a1. 請問您戴著眼鏡看東西有困難嗎？

B17a2. 請問您看東西有困難嗎？

1 沒有困難  
2 有點困難

3 相當困難  
4 完全看不見

拒答  
 不知道

#### 聽力

B18. 請問您平常有沒有使用助聽器？ 1 有 2 沒有  拒答  不知道

B18\_1. 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

B18a1. 請問您聽聲音有困難嗎？即使是在有使用助聽器的情況。

B18a2. 請問您聽聲音有困難嗎？

1 沒有困難  
2 有點困難

3 相當困難  
4 完全聽不見【跳問 B19a】

拒答  
 不知道

B18b1. 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。

B18b2. 請問您在一間安靜的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？

1 沒有困難  
2 有點困難

3 相當困難  
4 完全聽不見【跳問 B19a】

拒答  
 不知道

B18c1. 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。

B18c2. 請問您在一間較吵的房間與人說話時，聽聲音會有困難嗎？

1 沒有困難  
2 有點困難

3 相當困難  
4 完全聽不見

拒答  
 不知道

## 行動力

B19a. 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

B19b. 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 B19d】

B19c. 您是否有使用以下這些輔具或協助。

B19c\_1. 您有使用柺杖或手杖嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道



B19c\_2. 您有使用助行器嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道



B19c\_3. 您有使用(支在腋下的)丁形柺杖嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道



B19c\_4. 您有使用輪椅或電動代步車嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道

B19c\_5. 您有使用義肢嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道

B19c\_6. 有他人協助您行走嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道

B19c\_7. 您有使用其他設備協助行走嗎？

- 1 有  
0 沒有  
 拒答  
 不知道

B19d. 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 B19f】**                       不知道

B19e. 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

B19f.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】**

若 B19b 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**，跳問**溝通**的 B20a

若 B19c\_4 回答 1，**有使用**輪椅或電動代步車，跳問**溝通**的 B20a

B19g. 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 B20a】**                       不知道

B19h. 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**

B20a. 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

B20b. 您是否使用手語？

- 1 是                      2 否                       拒答                       不知道



## 認知

B21. 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 B22a】**      3 相當困難       拒答
- 2 有點困難      4 完全做不到       不知道

B21a. 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 B22a】**       拒答

B21b. 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

B21c. 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

B22a. 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

B22b. 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

B22c. 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

B23a. 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 →

B23b1. 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

**【跳問 B23c】**

- 5 從來沒有 →

B23b2. 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 **【跳問 B24a】**     拒答     不知道

**【跳問 B23c】**

- 拒答 →

- 不知道 →

B23b1. 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

B23c. 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    3 介於有點與非常之間     不知道  
2 非常擔心、緊張或焦慮     拒答

## 沮喪

B24a. 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 →

B24b1. 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

- 5 從來沒有 →

B24b2. 請問您有因為憂鬱、沮喪而服用藥物嗎？

- 1 有    2 沒有 **【跳問 B25a】**     拒答     不知道

- 拒答 →

- 不知道 →

B24b1. 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

B24c. 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    3 介於有點與非常之間     不知道  
2 非常憂鬱、沮喪     拒答

**疼痛**

B25a.在過去三個月內，請問您多常感到疼痛？

- 1 從來沒有【跳問 B26a】      3 多數日子有       拒答  
2 有時候有      4 每天都有       不知道

B25b.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      3 介於有點與非常之間       不知道  
2 非常痛       拒答

**疲倦**

B26a.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 B27\_0】      3 多數日子有       拒答  
2 有時候有      4 每天都有       不知道

B26b.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

B26c.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

前言：感謝您回答我前面所問的這些問題，由剛才的訪問中，我們想進步了解影響您日常活動能力的原因，以做為我們提供相關服務的參考，非常謝謝您幫忙。

## 失能原因

### **B27\_0. 【系統查核】**

若 **B17a1** 或 **B17a2** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，續問 **B27**

若 **B18a1** 或 **B18a2** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，跳問 **B28**

若 **B19a** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，跳問 **B29**

若 **B20a** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，跳問 **B30**

若 **B21** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，跳問 **B31**

若 **B22a** 回答有點困難、相當困難或完全做不到，跳問 **B32**

**B27. 請問是什麼原因讓您看東西有困難？【可複選】**

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

**B28. 請問是什麼原因讓您聽聲音有困難？【可複選】**

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

**B29. 請問是什麼原因讓您走路或爬樓梯有困難？【可複選】**

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

**B30. 請問是什麼原因讓您使用慣用語言與人溝通時有困難？【可複選】**

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

B31. 請問是什麼原因讓您在**記憶力上的困難**或覺得沒有辦法專心？【可複選】

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

B32. 請問是什麼原因讓您在**自我照顧**(如吃飯、穿脫衣服、站立、室內走動、上廁所、洗澡)

上有困難？【可複選】

- 1 先天缺陷，請說明\_\_\_\_\_
- 2 疾病，請說明\_\_\_\_\_
- 3 事故，請說明\_\_\_\_\_
- 4 其他，請說明\_\_\_\_\_

**【請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

## C. 疾病預防之知識

### 【訪員查核】

C1. 請確認 C2~C3 題由誰回答：

- 0 代答者【跳問 C4】      1 樣本個案本人【續問 C2】

### ★慢性病認知

★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三高(高血壓、高血糖、高血  
脂)等慢性病的機會？【依樣本個案自述打勾，可複選】

- a 控制體重
- b 少抽菸
- c 少飲酒
- d 養成運動習慣
- e 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、多吃高纖維  
食物、減少食物總攝取量，或少油、少鹽等)
- f 生活規律、避免熬夜、放鬆壓力等生活調適
- g 多喝水
- h 特別注意不要讓腹部肥胖(腰圍過粗)≠
- i 增加醫學常識、定期量血壓、驗血等定期檢查、養成保健習慣
- j 其他方法
- 不知道

## 子宮頸疫苗

★ C3.請問您有沒有聽過「接種疫苗可以預防子宮頸癌」？

- 1 有      0 沒有      不知道      不確定      拒答

【續問 C3a】

【跳問 C3b】

【跳問 C3b】

【跳問 C3b】

【跳問 C3b】

★ C3a.請問您知不知道子宮頸癌疫苗是預防哪一種病毒感染，來降低子宮頸癌的發生？

- 1 人類乳突病毒    3 愛滋病毒      不知道      拒答  
2 疱疹病毒      4 其他病毒      不確定

★ C3b.有一種說法：「接種過子宮頸癌疫苗的婦女，還是要定期做子宮頸抹片檢查」，請問您認為這種說法對不對？

- 0 不對      1 對      不知道      不確定      拒答

C3c. 【系統查核】

- 1 未滿 30 歲男性 [跳問 C5]      4 26 歲(含)以下女性[跳問 C4d]  
2 年滿 30 歲未婚男性[跳問 C5]      5 年滿 26 歲但未滿 30 歲女性[跳問 C5]  
3 年滿 30 歲已婚男性[續問 C3d\_1]      6 年滿 30 歲未婚女性[跳問 C5]  
7 年滿 30 歲已婚女性[續問 C3d\_2]

【男性個案】

★ C3d\_1 請問您有沒有年齡在 13-15 歲或就讀國中的女兒？

- 1 有    【續問 C3e】  
0 沒有 【跳問 C5】  
不知道 【跳問 C5】  
不確定 【跳問 C5】

【女性個案】

★ C3d\_2 請問您有沒有年齡在 13-15 歲或就讀國中的女兒？

- 1 有    【續問 C3e】  
0 沒有 【跳問 C4a】  
不知道 【跳問 C4a】  
不確定 【跳問 C4a】

【訪員說明】

目前上市的子宮頸癌疫苗適合施打對象為 9-26 歲女性，只能預防 6-7 成的子宮頸癌，所以接種疫苗後還是需要定期接受子宮頸抹片檢查。至今研究提出的保護力可達五年以上，但日後保護力有多久、要不要補接種等，還需要未來持續的研究。完整接種 3 劑約需 1 萬 5 千元，以下想請教您對於接種子宮頸癌疫苗的意願。

### 疫苗注射意願【有 13-15 歲女兒者回答】

★C3e. 如果未來政府公費補助青少年接種子宮頸癌疫苗，請問您願不願意讓女兒接種疫苗？

- 0 不願意      1 願意       不知道       不確定       拒答

【續問 C3f】

【跳問 C4】

【跳問 C4】

【跳問 C4】

【跳問 C4】

★C3f 請問您不願意讓女兒接種的原因是什麼？【可複選】

- a 價錢太高      e 選擇其他預防方法就好了       拒答  
b 不相信疫苗的效果      f 女兒年紀還太小       不知道  
c 考慮疫苗的安全性      g 可能讓女兒提早發生性行為  
d 覺得不會感染人類乳突病毒      h 其他原因

C4. 【系統查核】

2 個案為男性 【跳問 C5】

1 個案為女性 【續問 C4a】

### 子宮頸抹片檢查【年滿 30 歲以上女性回答】

C4a. 請問您有沒有做過子宮頸抹片檢查？

0 沒有 【跳問 C4c】

1 有 →

不知道 【跳問 C5】

不確定 【跳問 C5】

拒答 【跳問 C5】

C4b. 請問您最近一次做抹片檢查是什麼時候？

1 1 年內 【跳問 C5】

4 3~5 年內 【續問 C4c】

2 1~2 年內 【跳問 C5】

5 5 年以上 【續問 C4c】

3 2~3 年內 【跳問 C5】

★C4c. 請問您沒做過/超過 3 年沒做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】

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

【跳問 C5】



## 疫苗注射意願【26歲及以下女性回答】

### 【訪員說明】

目前上市的子宮頸癌疫苗適合施打對象為 9-26 歲女性，只能預防 6-7 成的子宮頸癌，所以接種疫苗後還是需要定期接受子宮頸抹片檢查。至今研究提出的保護力可達五年以上，但日後保護力有多久、要不要補接種等，還需要未來持續的研究。完整接種 3 劑約需 1 萬 5 千元，以下想請教您對於接種子宮頸癌疫苗的意願。

★C4d. 請問您自己願不願意自費接種子宮頸癌疫苗？

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

0 不願意      不知道      拒答      1 願意      不確定

【續問 C4e】

【跳問 C5】

【跳問 C5】

【跳問 C5】

【跳問 C5】

★C4e. 請問您不願意接種的原因是什麼？【可複選】

【本題限本人回答，非本人請點選特殊碼】

a 價錢太高      d 覺得不會感染人類乳突病毒      g 其他原因  
b 不相信疫苗的效果      e 選擇其他預防方法就好了      拒答  
c 考慮疫苗的安全性      f 年紀還太小      不知道

## 健康檢查與成人免費健康檢查認知

C5. 請問您在過去三年中是否有作過健康檢查？

0 沒有【跳問 C6】

1 有

不清楚【跳問 C6】



C5a. 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 D1】(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

★C6. 您知不知道政府有提供 40 歲以上至 64 歲的民眾，每三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 D1】

1 知道

C6\_1 【系統查核】

1 個案年滿 40 歲【續問 C6a】

2 個案未滿 40 歲【跳問 D1】

C6a. 過去三年，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 D1】

不清楚【跳問 D1】



C6b. 請問您過去三年不會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】

a 覺得自己不需要檢查

h 害怕檢查結果，心裡會擔心

b 工作單位已提供

i 交通不便

c 不知道要去哪裡檢查/不知道哪裡有提供

j 忘記要檢查

d 附近沒有提供此健檢服務之診所及醫院

k 沒空

e 以為此健檢服務仍須付錢

l 沒健保

f 此健檢服務項目太少，效果不好

m 已另外做檢查

g 免費的健檢，不會認真檢查

n 其他原因

## D. 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

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 多喝水/多休息/多運動
- 7 服用家中常常自備的藥，或自己找藥吃
- 8 服用健康補充品(維他命、靈芝錠/茶、蜂膠、雞精、蜆精、養氣飲品、提神飲品...)
- 9 其他處理方式

D2. 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 D3】                      1 是，曾發生過\_\_\_\_\_次



D2a. 請問您為什麼**沒有**去接受醫學檢查或治療？【可複選，不探問】

- |  |  |
|--|--|
| <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已被停保 |
| <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

D3. 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 D4】** 1 有

D3a. 過去一年內，您總共看過幾次急診？ \_\_\_\_\_次

### 住院利用

D4. 過去一年內，您有沒有住院過呢？ **【不包括生產或健檢時的住院】**

- 0 沒有 **【跳問 D5】** 1 有



D4a. 過去一年內，您總共住院幾次？ \_\_\_\_\_次

### 牙醫門診利用

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，您總共看過幾次牙醫？ \_\_\_\_\_次

D5b. 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

D5b\_1. 那請問醫師做了什麼處置 **【可複選】**？

- |                                  |                                       |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a 例行性檢查 | <input type="checkbox"/> f 牙周病治療      | <input type="checkbox"/> k 齒顎矯正 |
| <input type="checkbox"/> b 洗牙    | <input type="checkbox"/> g 拔牙         | <input type="checkbox"/> l 外傷治療 |
| <input type="checkbox"/> c 塗氟    | <input type="checkbox"/> h 裝置及修補假牙、牙套 | <input type="checkbox"/> m 其他處置 |
| <input type="checkbox"/> d 補牙    | <input type="checkbox"/> i 植牙         |                                 |
| <input type="checkbox"/> e 根管治療  | <input type="checkbox"/> j 牙齒美白       |                                 |

### 西醫門診利用

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、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 D7】

1 有



D6a. 過去一個月內，您總共看過幾次西醫門診？ \_\_\_\_\_次

### 中醫門診利用

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，您總共看過幾次中醫門診？ \_\_\_\_\_次

## 檢查與預防保健

D8. 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	D8. 過去一年內， 您有沒有做過 【唸出左列項目】？			D8a. 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 【跳下 一題】	不確定	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

## 乳癌篩檢

- D9. 【系統查核】
- 1 樣本個案為男性【跳問 D10】
- 2 樣本個案為未滿 40 歲女性【跳問 D10】
- 3 樣本個案為 40 歲(含)以上女性【續問 D9a】

D9a. 請問您有沒有做過乳房攝影檢查？

- 0 沒有【續問 D9b】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 D9c】
- 不確定【跳問 D9c】
- 拒答【跳問 D9c】

D9a\_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1  1 年內【跳問 D10】
- 2  1~2 年內【跳問 D10】
- 3  2~3 年內【續問 D9b】
- 4  3~5 年內【續問 D9b】
- 5  5 年以上【續問 D9b】

★D9b. 請問您沒做過/超過 2 年沒做乳房攝影的原因是什麼？【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

D9c. 請問您有沒有做過乳房超音波檢查？

- 0 沒有【跳問 D10】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 D10】
- 不確定【跳問 D10】
- 拒答【跳問 D10】

D9c\_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1  1 年內
- 2  1~2 年內
- 3  2~3 年內
- 4  3~5 年內
- 5  5 年以上

【續問 D10】

### 結直腸癌篩檢

D10【系統查核】

- 1 樣本個案未滿 50 歲【跳問 D11】
- 2 樣本個案為 50 歲及以上【續問 D10a】

D10a. 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 D10b】
- 1 有 →
- 不知道【跳問 D10b】
- 不確定【跳問 D10b】
- 拒答【跳問 D10b】

D10a\_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1  1 年內
- 2  1~2 年內
- 3  2~3 年內
- 4  3~5 年內
- 5  5 年以上



D10b. 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 D10c】
- 1 有 →
- 不知道【查核 D10c】
- 不確定【查核 D10c】
- 拒答【查核 D10c】

D10b\_1. 請問您最近一次檢查是什麼時候？

- 1  1 年內
- 2  1~2 年內
- 3  2~3 年內
- 4  3~5 年內
- 5  5~10 年內
- 6  10 年以上

【本題答完跳問 D11】

### D10c 【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 D11，其他狀況續問 D10d

★D10d. 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】

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

### 流感疫苗注射

D11. 過去一年內，您有沒有接受過流感疫苗預防注射？

- 0 沒有    1 有

### 骨密度檢查

D12. 您有沒有做過骨密度的檢查？

- 0 沒有做過【跳問 E1】    1 有做過【續問 D12a】



D12a. 最近一次是什麼時候做的？

- 1 最近 1 年內    2 超過 1 年以上

D12b. 最近那一次有檢查哪個部位【可複選】？

- a 腰椎/薦椎    d 足踝  
b 髖部    e 其他部位  
c 手部    忘記了/不知道

D12c. 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  
不知道

D12d. 最近那一次檢查是利用哪種儀器？

- 1 超音波  
2 雙重 X 光能量吸收儀  
不知道



## E. 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/中毒/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

E1. 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 E2】 1 有



E1\_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 E2】 1 有



E1a. 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

E1b. 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

E1c. 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		1	
3		1	
4		1	

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

E1d. 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

E1e. 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

E1f. 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

E1g. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

0 沒有

1 有

E1g\_1. **【系統查核】**最近這一次沒有因為跌倒/跌落/墜落而接受任何形式的治療處理，確定嗎？（查核 E1d-E1g）

確定沒有 **【跳問 E2】**

否 **【續問 E1h】**

E1h. 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

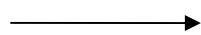


E1h\_1. 您住院住了幾天？\_\_\_\_\_天

E1i. 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 住處

02 非住處



01 室內

02 室外



**【最多可複選 2 項】**

a 樓梯、台階、電扶梯

e 遊樂設施

i 浴缸、淋浴間、廁所

b 有高度或坡度的地面

f 運動場、庭院或溜冰場

或洗臉枱

c 路邊(包含人行道)

g 大樓或建築物

j 坑洞或其他空地

d 梯子或鷹架

h 椅子、床、沙發或其他家具

k 其他

E1j. 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

2 跳躍或跳水【跳問 E1k】

3 被他人推擠【跳問 E1k】

4 碰到或撞上物品或人

5 失去平衡或頭昏

6 其他

\_\_\_\_\_

(請註明)

【跳問 E1k】

不知道

【跳問 E1k】

E1j\_1. 請選擇最適合描述當下的情境？

1 地板濕滑

5 踩到或踢到地上的東西

2 浴室缺乏把手

6 碰到桌腳和家具

3 樓梯設計不良

12 其他

4 光線不足

E1j\_1. 請選擇最適合描述當下的情境？

4 光線不足

11 視力不好看不清楚

6 碰到桌腳和家具

12 其他

E1j\_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

10 突然大腿無力不支

8 突然頭暈或眼前一片漆黑(眼黑矇)

11 視力不好看不清楚

9 突然胸痛、心悸或喘不過氣來

12 其他

E1k. 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

E1k\_1. 請問您當時正在做什麼動作？

1 室內走動

6 突然轉身或站立

2 室外走動

7 購物/逛街

3 耕作/農事

8 散步

4 上下樓梯

9 其他

5 跨越門檻

E1k\_2. 請問您當時正在做什麼動作？

1 睡覺

4 喝水

7 上下床

2 休息

5 大小便

8 走動

3 吃飯

6 洗澡

E1l. 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 E1m】

1 有

2 當時非上班族(如已退休/無工作)



【跳問 E1m】

E1l\_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)

E1m. 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 E1n】

1 有

2 非學生【跳問 E1n】



E1m\_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)

E1n. 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 E2】

1 有



E1n\_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)

## 燒燙傷

E2. 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 E3】

1 有



E2\_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 E3】

1 有



E2a. 您在過去一年，總共發生過幾次有有醫護專業人員治療處理的**燒燙傷**？

\_\_\_\_\_次

E2b. 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

E2c. 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 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

E2d. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而坐救護車？

0 沒有

1 有

E2e. 您最近這一次有沒有因為燒燙傷而掛急診？

0 沒有

1 有

E2f. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而去門診？

0 沒有

1 有

E2g. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

- 0 沒有 1 有

E2g\_1.【系統查核】最近這一次沒有因為燒燙傷事故而接受任何形式的治療處理，確定嗎？

(查核 E2d-E2g)

- 確定沒有【跳問 E3】  否【續問 E2h】

E2h. 最近這一次您有沒有因為燒燙傷而住院？

- 0 沒有 1 有

↓  
E2h\_1. 您住院住了幾天？\_\_\_\_\_天

E2i. 最近這一次有治療處理的燒燙傷時，您正在做什麼活動？【最多可複選 2 項】

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

E2j. 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】

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a 住處/宿舍(室內)【續問 E2j_1】 | <input type="checkbox"/> k 運動場所、體育場或操場              |
| <input type="checkbox"/> b 住處/宿舍(室外)           | <input type="checkbox"/> l 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"/> m 農場                       |
| <input type="checkbox"/> d 公司、辦公室              | <input type="checkbox"/> n 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"/> o 河、湖、溪或海                  |
| <input type="checkbox"/> f 安養/照護機構(不含醫院)       | <input type="checkbox"/> p 工廠或工地                    |
| <input type="checkbox"/> g 健康照護場所(含醫院)         | <input type="checkbox"/> q 其他公共場所                   |
| <input type="checkbox"/> h 街道或馬路上              | <input type="checkbox"/> r 其他場所                     |
| <input type="checkbox"/> i 走廊                  | 拒答  |
| <input type="checkbox"/> j 停車場                 | 不知道   |

E2j\_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

E2k. 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 E21】       1 有       2 當時非上班族(如已退休/無工作)



【跳問 E21】

E2k\_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)

E2l. 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 E2m】       1 有       2 非學生【跳問 E2m】



E2l\_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)

E2m. 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 E3】       1 有



E2m\_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)

## 中毒

E3. 過去一年裡，您有沒有發生**中毒**事故？

0 沒有【跳問 E4a】

1 有



E3\_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 E4a】

1 有



E3a. 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**中毒**事故？

\_\_\_\_\_次

E3b. 您最近這一次有醫護專業人員治療處理的**中毒**事故是在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

E3c. 最近這一次您有沒有因為**中毒**事故而坐救護車？

0 沒有

1 有

E3d. 最近這一次您有沒有因為**中毒**事故而掛急診？

0 沒有

1 有

E3e. 最近這一次您有沒有因為**中毒**事故而去門診？

0 沒有

1 有

E3f. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

0 沒有

1 有

E3f\_1.【系統查核】最近這一次沒有因為**中毒**事故而接受任何形式的治療處理，確定嗎？（查核 E3c-E3f）

確定沒有【跳問 E4a】

否【續問 E3g】

E3g. 最近這一次您有沒有因為**中毒**事故而住院？

0 沒有

1 有



E3g\_1. 您住院住了幾天？\_\_\_\_\_天

E3h. 最近這一次您發生**中毒**事故的原因是什麼？

1 吃錯或過量服用藥物

5 被有毒動物咬傷

2 吞服或接觸有害的固體或液體

6 其他

3 吸入有害的瓦斯或煙霧

不知道

4 誤食有毒或受汙染的食物



E3i. 最近這一次有治療處理的中毒事故時，您正在做什麼活動？【最多可複選 2 項】

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

E3j. 最近這一次有治療處理的中毒事故發生時，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 E3j_1】 | <input type="checkbox"/> l 購物中心、餐廳、商店、銀行、加油站或其他商務地點 |
| <input type="checkbox"/> b 住處/宿舍(室外)           | <input type="checkbox"/> m 農場                       |
| <input type="checkbox"/> c 學校(不含宿舍)            | <input type="checkbox"/> n 公園或休閒場所，如腳踏車道(台：鐵馬道)或步道  |
| <input type="checkbox"/> d 公司、辦公室              | <input type="checkbox"/> o 河、湖、溪或海                  |
| <input type="checkbox"/> e 兒童照護中心或托育中心         | <input type="checkbox"/> p 工廠或工地                    |
| <input type="checkbox"/> f 安養/照護機構(不含醫院)       | <input type="checkbox"/> q 其他公共場所                   |
| <input type="checkbox"/> g 健康照護場所(含醫院)         | <input type="checkbox"/> r 其他場所                     |
| <input type="checkbox"/> h 街道或馬路上              |   |
| <input type="checkbox"/> i 走廊                  |   |
| <input type="checkbox"/> j 停車場                 | 拒答  |
| <input type="checkbox"/> k 運動場所、體育場或操場         | 不知道   |

E3j\_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

E3k. 最近這一次您有沒有因為中毒事故，不能和平常一樣上班呢？

- 0 沒有【跳問 E31】       1 有       2 當時非上班族(如已退休/無工作)



【跳問 E31】

E3k\_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)

E3l. 最近這一次您有沒有因為中毒事故，不能和平常一樣上學呢？

- 0 沒有【跳問 E3m】       1 有       2 非學生【跳問 E3m】



E3l\_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)

E3m. 最近這一次您有沒有因為中毒事故，不能和平常一樣外出呢？

- 0 沒有【跳問 E4a】       1 有



E3m\_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

E4a. 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    |  |

E4b. 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    |  |

E4c. 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    |   |

E4d. 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    |   |

E5. 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）？

0 沒有【跳問 E6】 1 有



E5\_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 E6】 1 有



E5a. 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

E5b. 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

E5c. 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

E5d. **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

E5e. **最近這一次**您有沒有因為交通事故而掛**急診**？

0 沒有 1 有

E5f. **最近這一次**您有沒有因為交通事故而去**門診**？

0 沒有 1 有

E5g. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

0 沒有 1 有

E5g\_1. **【系統查核】** 最近這一次沒有因為交通事故而接受任何形式的治療處理，確定嗎？

(查核 E5d~E5g)

確定沒有 **【跳問 E6】**

否 **【續問 E5h】**

E5h. 最近這一次您有沒有因為交通事故而住院？

0 沒有

1 有



E5h\_1. 您住院住了幾天? \_\_\_\_\_ 天

E5i. 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 E5j】**

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 E5j】**

**【跳問 E511】**

03 行人 **【跳問 E5m】**

06 其他 **【跳問 E5m】**

不知道 **【跳問 E5m】**

04 腳踏車或三輪車騎士或乘客 **【跳問 E511】**

E5j. 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、船或十八輪大型交通車

05 機車

E5k1. 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 E5m】**

E511. 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 E5m】**

06 吉普車、跨界休旅車或雪地機動車

07 拖曳車

08 產業用交通工具

09 其他 **【跳問 E5m】**

97 拒答 **【跳問 E5m】**

99 不知道 **【跳問 E5m】**

E5k2. 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

E512. 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

**【續問 E5m】**

E5m. 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】

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

E5n. 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 E5n_1】 | <input type="checkbox"/> k 運動場所、體育場或操場              |
| <input type="checkbox"/> b 住處/宿舍(室外)           | <input type="checkbox"/> l 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"/> m 農場                       |
| <input type="checkbox"/> d 公司、辦公室              | <input type="checkbox"/> n 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"/> o 河、湖、溪或海                  |
| <input type="checkbox"/> f 安養/照護機構(不含醫院)       | <input type="checkbox"/> p 工廠或工地                    |
| <input type="checkbox"/> g 健康照護場所(含醫院)         | <input type="checkbox"/> q 其他公共場所                   |
| <input type="checkbox"/> h 街道或馬路上              | <input type="checkbox"/> r 其他場所                     |
| <input type="checkbox"/> i 走廊                  | 拒答  |
| <input type="checkbox"/> j 停車場                 | 不知道   |

E5n\_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

E5o. 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 E5p】      1 有      2 當時非上班族(如已退休/無工作)



【跳問 E5p】

E5o\_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)

E5p. 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 E5q】      1 有      2 非學生【跳問 E5q】



E5p\_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)

E5q. 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 E6】      1 有



E5q\_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)

## 其他事故傷害

E6.過去一年裡，您有沒有發生其他事故傷害？

例如：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 E7】

1 有【續問 E6\_1】

E6\_1. 有沒有接受治療處理，如中醫、西醫？

0 沒有【跳問 E7】

1 有



【請將 E6a ~ E6n\_1 答案記錄在表 1】

E6a. 是哪一種事故傷害呢？

E6b. 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

E6c. 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？

E6d. 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？

E6e. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)而坐救護車？

E6f. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)而掛急診？

E6g. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)而去門診？

E6h. 您還有沒有去做任何其他形式的治療處理？

E6h\_1【系統查核】最近這一次沒有因為事故而接受任何形式的治療處理，確定嗎？

(查核 E6e~ E6h)

E6i. 最近一次您有沒有因為 (其他事故傷害)而住院呢？

E6i\_1. 【若有】住了幾天？

E6j. 最近這一次發生(其他事故傷害)時，您正在從事什麼活動？(最多可複選2項)

E6k. 您最近這一次的 (其他事故傷害) 是在哪裡發生的呢？(最多可複選2項)

E6l. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)，不能和平常一樣上班呢？

E6l\_1. 【若有】您這種情形持續了幾天？ \_\_\_\_\_天(含因為這次事故而住院的天數)

E6m. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)，不能和平常一樣上學呢？

E6m\_1. 【若有】您這種情形持續了幾天？ \_\_\_\_\_天(含因為這次事故而住院的天數)

E6n. 最近這一次您有沒有因為 (其他事故傷害)，不能和平常一樣外出呢？

E6n\_1. 【若有】您這種情形持續了幾天？ \_\_\_\_\_天(含因為這次事故而住院的天數)

**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。】**

E6a. 類別代號(*見次頁)																					
E6b. (該事故)發生過幾次			次		次		次		次		次		次		次		次		次		
E6c. (該事故) 發生在哪一天	年																				
	月																				
E6d.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
E6d.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
E6e.最近一次 有無坐救護車	0.沒有																				
	1.有																				
E6f.最近一次 有無急診	0.沒有																				
	1.有																				
E6g.最近一次 有無門診	0.沒有																				
	1.有																				
E6h.其它形式 的治療處理	0.沒有																				
	1.有																				
【系統查核】 E6h_1. 沒有接 受任何形式治 療處理(查核 E6e~ E6h)	確定沒有【跳 問下一個事故 類別或 E7】																				
	否																				

E6i.最近一次 有無住院	0.沒有 <b>【跳問 E6j】</b>					
	1.有					
E6i_1.最近一次 住院天數		天	天	天	天	天
E6j.最近一次事故發生時從事活動(**代號見次頁)						
E6k.最近一次在哪裡發生 <b>(**代號見次頁)</b>						
E6l. 有沒有不能上班	0.沒有 <b>【跳問 E6m】</b>					
	1.有					
	2 非上班族 <b>【跳問 E6m】</b>					
E6l_1. 不能上班持續天數		天	天	天	天	天
E6m 有沒有不能上學	0.沒有 <b>【跳問 E6n】</b>					
	1.有					
	2 非學生 <b>【跳問 E6n】</b>					
E6m_1. 不能上學持續天數		天	天	天	天	天
E6n. 有沒有不能外出	0.沒有 <b>【跳問下一個 事故類別或 E7】</b>					
	1.有					
E6n_1. 不能外出持續天數		天	天	天	天	天



E6a. 事故傷害類別：

01 溺水	03 被玩具、魚刺、食物等異物噎到
02 被落物擊中	04 其他事故傷害【請將事故情境另註記於訪問狀況記錄表中】

E6d. 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

E6j. 事故活動代號：

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

E6k. 地點代號：

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

## 喝酒

E7. 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 E7j】

1 有 (偶爾或應酬時才喝也算)

E7a. 您第一次喝酒的年齡是\_\_\_\_\_足歲

E7b. 您最近一次喝酒是什麼時候?

1 最近七天 【續問 E7c】

2 超過一星期至一個月內 【續問 E7c】

3 超過一個月至半年內 【跳問 E7g】

4 超過半年至一年內 【跳問 E7g】

5 超過一年以上 【跳問 E7j】

E7c. 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

E7d. 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

E7e. 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

E7f. 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

E7g. 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

E7h. 過去一年內，您大約多久喝一次酒？

1 每月不到 1 次                      3 每週 1 次                      5 (幾乎)每天喝  
2 每月 1~2 次                              4 兩、三天喝 1 次

### 【訪員查核】

**E7i\_0.** E7i 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 E7j】**                      1 是 **【續問 E7i】**

★E7i. 請依過去一年的經驗回答下列問題

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ★1. 跟一般人比起來，你覺得您自己是一個適量的飲酒者嗎？                  | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★2. 您的親人及朋友認為您是一個適量的飲酒者嗎？                      | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★3. 您是否曾因為喝酒的關係而失去朋友或者男朋友/女朋友？                 | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★4. 您是否曾因喝酒而導致工作上產生問題或麻煩？                      | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★5. 您是否曾因喝酒而忽略了您應盡的義務、您的家庭，或者您的工作，且超過兩天以上？     | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★6. 您是否曾因喝酒的問題，而向他人尋求協助？                       | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★7. 您是否曾參與戒酒的治療團體或匿名戒酒團體？                      | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★8. 您是否曾因酒後(醉)駕車而遭警察開單或逮捕？                     | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★9. 您是否曾因喝酒而住院？                                | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |
| ★10. 您是否曾在喝很多酒後出現嚴重顫抖、精神錯亂、聽到聲音，或者看到一些並不存在的東西？ | <input type="checkbox"/> 1 是 | <input type="checkbox"/> 0 否 |

E7j. **【系統查核】**

1 樣本個案未滿 18 歲 **【續問 E7j\_1】**      2 樣本個案為 18 歲及以上 **【跳問 E8】**

E7j\_1. 對您來說，拿到酒類飲料是一件容易的事嗎？

1 非常困難      2 有點難      3 容易      4 非常容易

E7j\_2. 在過去十二個月，您曾經有自己去買過酒嗎（包括各種酒類、保力達 B、維士比與藥酒，與煮菜時加進去的酒，所有的酒都算）？

0 沒有 **【跳問 E8】**      1 有

E7j\_3. 您過去十二個月期間您自己去買酒時，是否有人檢查您的身分證明(如身分證或健保卡)？

0 否      1 是

## 吸菸

E8. 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？

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

【跳問 E8d】



E8a. 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 E8b】



E8a\_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



E8a\_2. 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）

E8a\_2. 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）

E8b. 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 E8d】      1 有吸菸習慣 → \_\_\_\_\_ 歲開始有吸菸習慣

E8c. 【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      1 有      2 已戒菸一年以上

## 二手菸

E8d. 過去一星期內，有沒有人在您的面前吸菸？

- 0 沒有 【跳問 E9】      1 有



E8e. 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】

- |                        |                               |                              |  |
|------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| E8e1. 家裡               | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 過去一星期沒在家            |
| E8e2. 親友住處             | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 過去一星期沒去             |
| E8e3. 學校               | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 過去一星期沒去             |
| E8e4. 您的室內工作場所或<br>辦公室 | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 沒有工作或工作場所沒<br>有室內區域 |
| E8e5. 其他室內公共場所         | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 過去一星期沒去             |
| E8e6. 其他室外公共場所         | <input type="checkbox"/> 0 沒有 | <input type="checkbox"/> 1 有 | <input type="checkbox"/> 2 過去一星期沒去             |

E8f. 過去一星期內有幾天，有人在您的面前吸菸？ 1 \_\_\_\_\_ 天       不知道

E8g. 過去一星期內，是誰在您的面前吸菸呢？【可複選】

- a 家人      c 親戚      e 同事       不知道  
b 朋友      d 鄰居      f 其他

## 嚼檳榔

E9. 您是否曾經嚼食過檳榔？【若有】請問是只吃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 E9n】

1 是，從過去到現在只嚼過1-2次【跳問 E9n】

2 是，最近6個月沒有嚼 → 已經多久沒吃了？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_個月【跳問 E9a】

3 是，最近6個月有嚼過【跳問 E9e】

### 曾嚼食檳榔者

E9a. 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 E9b】 1 有嚼檳榔習慣→\_\_\_\_\_足歲開始有嚼檳榔習慣

★E9b. 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)

★E9c. 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)

E9d. 請問您有沒有做過「口腔黏膜健康檢查」？

0 沒有【跳問 E9d\_2】

1 有

不知道

不確定

拒答

↓ ↓ ↓  
【跳問 E9n】

E9d\_1. 請問您最近一次做檢查是什麼時候？

1 1年內【跳問 E9n】

4 3~5年內【續問 E9d\_2】

2 1~2年內【跳問 E9n】

5 5年以上【續問 E9d\_2】

3 2~3年內【續問 E9d\_2】

↓ ↓ ↓  
★E9d\_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 E9n 嚼食檳榔認知】

## 現嚼食檳榔者

E9e. 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 E9g】 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

E9f. 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

E9g. 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

E9h. 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 E9i】 1 有嚼檳榔習慣→\_\_\_\_\_足歲開始有嚼檳榔習慣

★E9i 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)

E9j. 您最近一年內有沒有嘗試戒嚼檳榔？

- 0 沒有 【跳問 E9k】 1 有

E9j\_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

★E9j\_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

★E9j\_3. 當您停止吃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

E9k. 最近一年內是否曾有醫護人員勸您戒掉檳榔？ 0 沒有 1 有

★E9l. 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 吃的不多，沒上癮，偶爾想吃就吃  
7 有想戒但戒不掉所以繼續吃  
8 正在戒  
9 其他原因

E9m. 請問您有沒有做過「口腔黏膜健康檢查」？

- 0 沒有【跳問 E9m\_2】    1 有     不知道     不確定     拒答

↓ ↓ ↓  
【跳問 E9n】

E9m\_1. 請問您最近一次做檢查是什麼時候？

- 1 1年內【跳問 E9n】                      4 3~5年內【續問 E9m\_2】  
2 1~2年內【跳問 E9n】                      5 5年以上【續問 E9m\_2】  
3 2~3年內【續問 E9m\_2】

↓  
★E9m\_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

★E9n. 「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

E9o. 【訪員查核】樣本個案為    1 非臥床者【續問 E10】    2 臥床者【跳問 E14】



## 費力性勞動

E10. 在過去一個月內，請問您有沒有做過任何費力性勞動？（例如：下田、搬貨、粗工、出海捕魚，或作粗重家務.....等等）

【訪員注意：至少持續 10 分鐘以上才算有做過】

0 沒有【跳問 E11】

1 有【續問 E10a】

E10a. 請問您做哪 幾種勞動？	E10b. 一般來說， 請問您每週 作幾次這項 勞動？  【訪員注 意：至少持 續 10 分鐘以 上才算一 次】	E10c. 請問這項勞 動【唸出左 列項目】您 平均每次做 多久？	E10d. 您做這項勞動【唸出 左列項目】時，是否 會感到呼吸急促？				E10e. 您做這項勞動 時的費力程度 是如何？			E10f. 在過去一個 月內，請問 您是否還有 做其他項費 力性勞動？	
			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. 不 費 力	2. 有 點 費 力	3. 很 費 力	0. 否	1. 是
代號		_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3		

勞動名稱及代號：

1.種田	4.採礦	7.建築相關勞力性工作	10.粗重家務如拖地、提水等
2.搬重物	5.下海採收作物	8.林業工	11.其他勞動
3.打漁	6.資源回收	9.狩獵	

## 走路及騎腳踏車

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

(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」，則請於下面一個「運動」題組中填答)

E11. 除了前面所做的勞動外，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 E12】

有



E11a. 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 E11c】

E11b. 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

E11c. 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 E12】

E11d. 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

## 運動

E12. 在過去一個月內，除了上述的費力性勞動、因為交通或移動需要而走路或騎腳踏車外，您有沒有做過任何運動呢？(如散步、跑步、打拳、或跳舞…等等)【訪員注意：至少持續 10 分鐘以上才算有做過】 0 沒有【跳問 E12g】 1 有【續問 E12a】

E12a. 請問您做 哪幾種運 動呢？	E12b. 一般來說，請問 您每週做幾次 這項運動【唸出 左列項目】？  【訪員注意：至 少持續 10 分鐘 以上才算一次】	E12c. 您每次運動 【唸出左列 項目】平均 花多少時 間？	E12d. 您從事【唸出左列項 目】運動時，是否會 感到呼吸急促？				E12e. 您做這項運動 時的費力程度 是如何？			E12f. 在過去一個 月內，您是 否還有做其 他項運動？	
			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. 不 費 力	2. 有 點 費 力	3. 很 費 力	0. 否	1. 是
代號		_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3	0	1
	次	_____小時 _____分鐘	1	2	3	4	1	2	3		

### 運動名稱及代號：

1 散步	7 甩手運動	16 足球	25 有氧舞蹈、跳舞	27 騎單車(或腳踏車機)
2 跑步	8 瑜珈	17 高爾夫球	26 土風舞、國際標 準舞…	28 爬山
3 健走	9 外丹功	18 羽毛球		29 爬樓梯
4 跳繩	10 內丹功	19 桌球		30 重量訓練或肌力訓練 (如舉重、包括健身房的 舉重機)
5 游泳	11 法輪功	20 槌球		31 搖呼拉圈
6 體操(指有做到肢 體伸展的體操)	12 元極舞	21 網球		32 其他非球類運動
	13 太極拳	22 撞球		
	14 香功	23 籃球		
	15 其他氣功	24 其他球類運動		

E12g. 一般來說，請問您每週有多少天所從事的身體活動(包含費力性勞動、走路或騎腳踏車及運動)，至少持續達 30 分鐘？ \_\_\_\_\_天 不知道 不確定

## 久坐情形

E13. 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

E13a. 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 E14】

1 不相同

E13a\_1. 請問您平日一天坐著的時間共\_\_\_\_\_小時

E13a\_2. 請問您假日一天坐著的時間共\_\_\_\_\_小時

## 咳嗽與發燒

E14. 您過去一年內，有沒有出現咳嗽而且發燒的症狀？

0 沒有【跳問 E15a】

1 有



E14a. 您過去一年內，出現咳嗽而且發燒症狀時，在家會不會戴口罩？

1 從來不會

3 有時會

不一定

2 很少會

4 總是會

E14b. 您過去一年內，出現咳嗽而且發燒症狀時，外出會不會戴口罩？

1 從來不會

3 有時會

5 不外出【跳問 E15a】

2 很少會

4 總是會

不一定

E14c. 您過去一年內，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？

1 從來不會

2 很少會

3 有時會

4 總是會

## 洗手習慣

E15a. 您在自己(或餵小孩)吃東西前會不會洗手？

0 從來不會

1 偶爾會

2 經常會

3 每一次都會

不知道

E15b. 您在自己便後(或處理小孩排泄物後)會不會洗手？

0 從來不會

1 偶爾會

2 經常會

3 每一次都會

不知道

E15c. 您洗手時，會不會按照正確洗手五步驟「濕、搓、沖、捧、擦」來洗手？

0 從來不會

1 偶爾會

2 經常會

3 每一次都會

不知道

## 腰圍、身高與體重

E16a. 請問您的腰圍是幾公分？腰圍\_\_\_\_\_公分或\_\_\_\_\_吋

### 【訪員填寫】

E16a\_1. 這是口述還是實際測量的？

1 口述

E16a\_1a 依據：【跳問 E16b】

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

E16a\_1b 方式：

1 平貼著皮膚量      2 隔著衣物量

E16b. 您有沒有固定量腰圍的習慣？

0 沒有【跳問 E16c】

1 有



E16b\_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

E16c. 請問您現在的身高及體重各是多少？

E16c\_1 身高\_\_\_\_\_公分

E16c\_2 體重\_\_\_\_\_公斤

### 【訪員填寫】

E16c\_3. 這是口述還是實際測量的？

E16c\_3a 身高是 1 口述

2 實際測量

E16c\_3b 體重是 1 口述

2 實際測量

E16d. 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

## 體重控制

E17. 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
- 
- ```
graph TD; 1[1 減輕體重] --> 1a[ ]; 2[2 控制維持現狀] --> 2a[ ]; 3[3 增加體重] --> 18a[跳問 E18a]; 4[4 沒有做任何控制] --> 18a;
```

E17a. 您現在是用什麼方式來減輕體重／控制體重？【可複選】

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

## 蔬果攝取情形

E18a. 一般來說，您一星期內有幾天會吃到水果？\_\_\_\_\_天【若答 0 天，跳問 E18c】

E18b. 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

E18c. 一般來說，您一星期內有幾天會吃到蔬菜？ \_\_\_\_\_天【若答 0 天，跳問 E19】

E18d. 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

### **【訪員查核】**

**E19.** 接著為附加題組及 F 節，此兩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 G1】

1 是【續問附加題組】

★O1、心理健康評估(CES-D) 【附加題組】

【★O1~03 題組不可代答，若為代答者直接跳問 G 節】

| 過去一週內，您會不會覺得.....  | 0<br>從不<br>或很少<br>(少於 1 天) | 1<br>有時<br>候<br>(1~2 天) | 2<br>常常<br>(3~4 天) | 3<br>幾乎<br>一直是<br>(5~7 天) |
|--------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------|
| ★O1a.覺得不想吃東西、胃口不好  | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1b.覺得心情很不好、鬱悶    | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1c.覺得事情總是不太順利    | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1d.睡不安穩(不入眠)     | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1e.覺得很快樂         | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1f.覺得寂寞、孤單       | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1g.覺得別人都不友善      | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1h.覺得日子過的很好，享受人生 | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1i.覺得傷心、悲哀       | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |
| ★O1j.提不起勁來做任何事     | 0                          | 1                       | 2                  | 3                         |



## O2. 自覺健康狀態 (SF-36)【附加題組】

### 【★O2a ~ O2k 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。

★O2a. 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

★O2b. 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

★O2c. 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，<br>受到很多限制 | 會，<br>受到一些限制 | 不會，<br>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             |

★O2d. 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時間減少         | 1 | 2 |
| b. 完成的工作量比您想要完成的較少       | 1 | 2 |
| c. 可以做的工作或其它活動的種類受到限制    | 1 | 2 |
| d. 做工作或其它活動有困難 (例如，須更吃力) | 1 | 2 |

★O2e. 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 <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. 做工作或其它活動時不如以往 <u>小心</u> | 1 | 2 |

★O2f. 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

★O2g. 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

★O2h. 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

★O2i. 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<br>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  |

★O2j. 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

★O2k. 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<br>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     |

★ O3\_1、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。

★O3\_1a. 最近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 最近1年沒有需要看中醫  
4 最近1年有需要看中醫，但沒有去看

★O3\_1b. 您會在甚麼健康問題下選擇看中醫？【依個案自述，不提示，可複選】

|         |                                       |                                                |                                |
|---------|---------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
|         | <input type="checkbox"/> 1 肥胖症        |                                                |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 2 筋骨、脊椎疾病及復健 |                                                |                                |
| 新陳代謝症候群 | <input type="checkbox"/> 3 高血壓、心臟病    | <input type="checkbox"/> 5 高血脂症                | <input type="checkbox"/> 7 痛風  |
|         | <input type="checkbox"/> 4 中風         | <input type="checkbox"/> 6 糖尿病                 |                                |
| 婦科疾病    | <input type="checkbox"/> 8 痛經及調經等經期障礙 | <input type="checkbox"/> 10 更年期障礙              |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 9 子宮內膜異位症    |                                                |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 11 生殖醫學(不孕症) |                                                |                                |
| 心身醫學    | <input type="checkbox"/> 12 功能性腸胃障礙   | <input type="checkbox"/> 13 憂鬱症                | <input type="checkbox"/> 14 失眠 |
| 消化系統疾病  | <input type="checkbox"/> 15 慢性便秘      | <input type="checkbox"/> 16 消化性潰瘍              | <input type="checkbox"/> 17 肝炎 |
| 皮膚疾病、過敏 | <input type="checkbox"/> 18 異位性皮膚炎    | <input type="checkbox"/> 20 慢性氣喘               |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 19 過敏鼻炎及皮膚炎  |                                                |                                |
| 老人醫學    | <input type="checkbox"/> 21 骨關節退化     | <input type="checkbox"/> 23 阿茲海默氏症             |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 22 骨質疏鬆      | <input type="checkbox"/> 24 帕金森氏症              |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 25 癌症        |                                                |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 26 其他        | <input type="checkbox"/> 27 都不會選擇看中醫【跳問 O3_2a】 |                                |

★O3\_1c. 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

★O3\_1d. 您選擇中醫時是否在意他是不是合格中醫師？

- 0 不在意，有效就好                                      1 在意

★O3\_1e. 醫師執業應配戴醫師執照或將執照掛於明顯處，您去中醫診所看病時，是否會去注意？

- 0 不會注意                                      1 會注意                                      2 不曾去中醫診所看病

## ★O3\_2、中藥使用情形【附加題組】

前言：接下來，我想請教一些有關您對中藥使用的看法與情形。

★O3\_2a. 您有沒有聽過合格中藥藥品優良製造規範(GMP)?

0 沒有聽過【跳問 O3\_2c】                      1 有聽過

★O3\_2b. 您是否知道中藥藥品需由合格藥品優良製造規範(GMP)藥廠製造?

0 不知道                                              1 知道

★O3\_2c. 您是否知道「濃縮中藥(科學中藥)是需要由中醫師處方使用，不得任意在中藥行或其他地方自行購買、服用」？(濃縮製劑(科學中藥)定義：中藥材經煎煮、萃取、濃縮等加工過程所製成之中藥製劑，在藥品外盒包裝有標示衛署藥製第 000000 號字樣，多供為醫院或診所中醫師處方使用。)

0 不知道                                              1 知道

★O3\_2d. 您過去的一年內有沒有購買過中藥成藥？(成藥:在藥品外盒包裝及仿單有標示衛署成製第 000000 號字樣)

0 沒有購買過    1 有購買過                      2 有購買過但不知道是否為中藥成藥

## ★F、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。】

### ★F1. 行動

- 1 我可以四處走動，沒有任何問題
- 2 我行動有些不便
- 3 我臥病在床

### ★F2. 自我照顧

- 1 我能照顧自己，沒有任何問題
- 2 我在盥洗、洗澡或穿衣方面有些問題
- 3 我無法自己盥洗、洗澡或穿衣

### ★F3. 平常活動（如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動）

- 1 我能從事平常活動，沒有任何問題
- 2 我在從事平常活動方面有些問題
- 3 我無法從事平常活動

### ★F4. 疼痛/不舒服

- 1 我沒有任何疼痛或不舒服
- 2 我覺得中度疼痛或不舒服
- 3 我覺得極度疼痛或不舒服

### ★F5. 焦慮/沮喪

- 1 我不覺得焦慮或沮喪
- 2 我覺得中度焦慮或沮喪
- 3 我覺得極度焦慮或沮喪

## ★F6. 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。

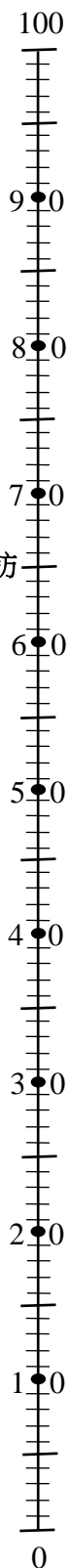
我們希望就您的看法，在這個刻度尺上標出您今天健康狀況的好壞。請從下面方格中畫出一條線，連到刻度尺上最能代表您今天健康狀況好壞的那一點。

【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  
最好的  
健康狀況



想像中  
最差的  
健康狀況



## G. 工作與經濟狀況

G1. 您從以前到現在有沒有工作過？

1 未曾工作過



G1a. 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 G2】**

2 現在沒有，但以前有工作過



G1b. 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 G2】**

3 目前仍有在工作



G1c. 請問您目前有幾個工作？（包括主、副業）\_\_\_\_\_個

G1d. 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 G2】**  其他

G1e. 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記錄表】**

職業：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_

**【以下 G1f~G1f\_2 請另記錄於訪問狀況紀錄表】**

G1f 您的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G1f\_1】**

**【跳問G1f\_2】**

**【跳問G1f\_2】**

**【跳問G1f\_2】**

G1f\_1. 您是否經銓敘部銓敘審定？

0 不是

1 是

G1f\_2. 您這份主要工作，共雇用多少員工？

1 少於 30 人

2 30 人以上

G1g 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

G2. 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 G3】    2 中斷健保    其他

G2a. 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：家長或可依附投保之家人失和/離異/去世) |
| <input type="checkbox"/> g 覺得保費太貴   | <input type="checkbox"/> n 其他原因                         |

## 收入狀況

G3. 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      |

G4. 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 |                                           |

## 電話使用

G5. 請問您目前有沒有<sup>1</sup>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 G6】

1 有【續問 G5a】

G5a. 過去一個月，請問您總共使用多少支手機門號？\_\_\_\_\_支

G6. 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

**【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

面訪問卷到此結束，謝謝您的合作。謝謝！

**【訪員注意】**請確認或接續進行「全民健康保險資料庫資料」比對與連結同意

之說明與簽署

## J. 訪問紀實【本頁由訪員自行點選】

J1. 是否簽署全民健保資料比對與連結同意？

【本題由訪員自行點選，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】

k1. 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 k2、k3】  
 3 樣本個案本人與代答者【續填 k2、k3】

k2. 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

k3. 代答者是樣本個案的什麼人？

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 父親    | <input type="checkbox"/> 2 母親     |
| <input type="checkbox"/> 3 配偶    | <input type="checkbox"/> 4 媳婦     |
| <input type="checkbox"/> 5 女婿    | <input type="checkbox"/> 6(外)孫子女  |
| <input type="checkbox"/> 7 兒子    | <input type="checkbox"/> 8 女兒     |
| <input type="checkbox"/> 9 配偶父親  | <input type="checkbox"/> 10 配偶母親  |
| <input type="checkbox"/> 11 其他親戚 | <input type="checkbox"/> 12 其他非親戚 |

請訪員填入本問卷訪問結束時間：

\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分（採 24 小時制）

**系統登出**