

# AsiaLymph 研究

## 篩選及問卷

### 篩選

OMB #: 0925-0654

Expiration date: 10/31/2015

Public reporting for this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. **An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.** Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0654). Do not return the completed form to this address.

|  |           |  |
|--|-----------|--|
|  | 該病人主治醫生姓名 | <input type="text"/>   |
|  | 該病人性別     | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女  |
|  | 出生日期      | <input type="text"/> dd (日) / <input type="text"/> mm (月) / <input type="text"/> yyyy(年) |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | 除此次診斷外，病人在以前（即1年多之前）是否被診斷患過淋巴瘤或白血病？包括急性淋巴細胞淋巴瘤，多發性骨髓瘤，慢性淋巴細胞白血病，霍奇金淋巴瘤及非霍奇金淋巴瘤， <b>或者任何髓系腫瘤或急性白血病？</b> | <input type="radio"/> 是（有淋巴瘤， <b>髓系腫瘤或急性白血病史</b> ）<br><input type="radio"/> 否（無淋巴瘤， <b>髓系腫瘤或急性白血病史</b> ） |
|--|--|--|

|  |        |   |
|--|--------|---|
|  | 現在居住區域 | 請選擇一個答案<br>請選擇一個答案<br>香港島<br>九龍<br>新界<br>其他地區 |
|--|--------|---|

|   |   |
|---|---|
|  | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| <p>在您一生中的任何時候是否在此一般區域居住了至少 15 年？</p> <p>注：一般區域是指前面問題居住區域中列出的除‘其他地區’之外的所有地區。</p>     |   |

[提供補充說明](#)

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
|  | 您是否以前在該醫院或其他醫院參與過本專案？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|--|-----------------------|--|

[提供補充說明](#)

# 問卷

OMB #: 0925-0654

Expiration date: 10/31/2015

Public reporting for this collection of information is estimated to average 70 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. **An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.** Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0654). Do not return the completed form to this address.

## A. 民族及出生地

|      |           |  |
|------|-----------|--|
| 1A.1 | 您是哪個民族?   | <input type="radio"/> 中國漢族<br><input type="radio"/> 中國少數民族 (請說明) <input type="text"/><br><input type="radio"/> 白人<br><input type="radio"/> 其他民族 (請說明) <input type="text"/> |
| 1A.2 | 您父親是哪個民族? | <input type="radio"/> 中國漢族<br><input type="radio"/> 中國少數民族 (請說明) <input type="text"/><br><input type="radio"/> 白人<br><input type="radio"/> 其他民族 (請說明) <input type="text"/> |
| 1A.3 | 您母親是哪個民族? | <input type="radio"/> 中國漢族<br><input type="radio"/> 中國少數民族 (請說明) <input type="text"/><br><input type="radio"/> 白人<br><input type="radio"/> 其他民族 (請說明) <input type="text"/> |
| 1A.4 | 您在哪裡出生?   | <input type="radio"/> 香港<br><input type="radio"/> 中華人民共和國-省份? <input type="text"/><br><input type="radio"/> 其他國家 (請說明) <input type="text"/>                                |

[提供補充說明](#)

<<

>>

B. 兄弟姐妹

|      |  |                      |
|------|--|----------------------|
| 1B.1 | 您有幾個兄弟姐妹，包括所有在世的和已去世的，但不包括收養的或異父/母的，也不包括您自己？ | <input type="text"/> |
|------|--|----------------------|

[提供補充說明](#)

<< >>

若無 (0) 兄弟姊妹，跳至 1C.1

|      |   |                      |
|------|---|----------------------|
| 1B.2 | 您在兄弟姐妹中排行第幾？<br>如果您在所有兄弟姐妹中年齡最大，則為“1”，如果年齡第二大，則為“2”，依次類推。 | <input type="text"/> |
|------|---|----------------------|




|      |                  |                      |
|------|------------------|----------------------|
| 1B.3 | 您共有多少兄弟？（不包括您自己） | <input type="text"/> |
|------|------------------|----------------------|

|      |                  |                      |
|------|------------------|----------------------|
| 1B.4 | 您共有多少姐妹？（不包括您自己） | <input type="text"/> |
|------|------------------|----------------------|

[提供補充說明](#)

<< >>

C. 文化程度及體形

|      |  |   |
|------|--|---|
| 1C.1 | 您接受的最高文化教育是什麼？<br><br><b>若選擇了“無”，則<br/>跳至 1C.3</b>   | <input type="radio"/> 無<br><input type="radio"/> 小學未畢業<br><input type="radio"/> 小學畢業<br><input type="radio"/> 初中未畢業<br><input type="radio"/> 初中畢業<br><input type="radio"/> 高中未畢業<br><input type="radio"/> 高中畢業<br><br><input type="radio"/> 技校未畢業<br><input type="radio"/> 技校畢業<br><input type="radio"/> 大學未畢業<br><input type="radio"/> 大學畢業<br><input type="radio"/> 碩士學位<br><input type="radio"/> 更高學位(碩士以上)<br><input type="radio"/> 其他水準 (請說明) <input type="text"/> |
| 1C.2 | 您總共到學校讀書多少年？<br><input type="text"/> 年   |   |
| 1C.3 | 您目前的身高？<br><input type="text"/> 釐米 或 <input type="text"/> 英尺 <input type="text"/> 英寸   |   |
| 1C.4 | 請您回憶並估計您20歲時的體重<br><input type="text"/> 公斤 或 <input type="text"/> 磅  |   |
| 1C.5 | 請您估計您40歲時的體重：<br><input type="text"/> 公斤 或 <input type="text"/> 磅  | <b>如果年齡小於 40，跳至 1C.6</b>  |
| 1C.6 | 您大約1年前的體重是？<br><input type="text"/> 公斤 或 <input type="text"/> 磅  |   |
| 1C.7 | 下面那幅圖最能反映您10歲時的體形？<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="text-align: center;"><input type="radio"/><br/><br/>較瘦</div><div style="text-align: center;"><input type="radio"/><br/><br/>中等</div><div style="text-align: center;"><input type="radio"/><br/><br/>較胖</div></div> |   |

[提供補充說明](#)



#### D. 職業史

現在我們想瞭解您過去工作的情況。

我們對您所有的工作都感興趣，無論家裡或家外，無論兼職或全職，無論有工資或沒有工資，包括務農、個體經營、為企業或家庭作坊工作（不包括家庭主婦）。從您參加工作開始凡是從事過12個月及以上的工作都包括在內。

1D.1 您現在是上班、無業或已退休？  上班  
 無業  
 已退休

[提供補充說明](#)

<< >>

若是，跳至  
介紹 1D.4

1D.3 您曾經在家裡或外面工作12個月或更長時間嗎？  是  
 否  
 不清楚

[提供補充說明](#)

<< >>

若否或不清楚，  
跳至介紹，2A.1

#### 介紹， 1D.4

如果您在一家公司（或在家）有多項工作，或在同一時期內有多份工作，我們會逐一與您交流。同時，也包括季節性的工作和在部隊裡的工作。現在開始列出每個工作的公司名稱、工作職位和工作年份。

| jobHistory | 1D.4                          | 1D.5                                | 1D.6                  |                      | 1D.7                       |                      |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|            | 您(第一/下一個)工作12個月及以上的公司名稱或工作地點？ | 您在1D.4中(第一個/下一個)您工作12個月及以上單位中的工作職位？ | 您開始擔任1D.5中工作職位的年齡或年份？ | 年份                   | 您停止1D.4單位中的1D.5工作職位的年份或年齡？ | 年份                   |
| 1          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 2          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 3          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 4          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 5          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 6          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 7          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 8          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 9          | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 10         | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 11         | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| 12         | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |

您是否需要增加其他工作?若是,請點擊這裡!!

Confirm 請確認表中最後工作的停止時間(1D.7)即為您最近一份工作的停止時間,對嗎?  對  
 不對

[提供補充說明](#)

<< >>

跳至 1D.4 並開始填寫各行

當您完成所有工作 (CAPI 中總共可填 12 份工作) 的 1D.4-1D.7 後，跳至 1D.8 開始第 1 份工作的填寫。然後針對第 1 份工作問 1D.8 至 1D.16 的問題，再重複直到所有工作都問完。

## 第 1 份工作的問題

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 1D.8  | 當您在2005和2008期間內在[EMPLOYER 1D.4]公司單位工作時，該單位主要做什麼或提供什麼服務？   | <input type="text"/>  |
| 1D.9  | 該工作您通常每年工作幾個月？  | <input type="text"/> 月/年  |
| 1D.10 | 該工作您平均每週工作幾天？   | <input type="text"/> 天/周  |
| 1D.11 | 該工作您平均每天工作幾小時？  | <input type="text"/> 小時/天   |
| 1D.12 | 正常情況下，該工作中您平均每天在戶外活動的時間？                                  | <input type="text"/> 小時/天，在戶外   |
| 1D.13 | 在[EMPLOYER 1D.4]公司的工作中，您作為[JOB TITLE 1D.5]工作職位的主要工作職責是什麼？ | <input type="text"/>  |
| 1D.14 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用油漆、著色劑或清潔劑嗎？                        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.15 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用溶劑、粘結劑、除油劑(清洗金屬部件)、汽油或其他燃料？         | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.16 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用刨花板、膠合板或貼面板嗎？                       | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |

[提供補充說明](#)

## 第 2 份工作的問題

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 1D.8  | 當您在2008和2010期間內在[EMPLOYER 1D.4]公司單位工作時，該單位主要做什麼或提供什麼服務？   | <input type="text"/>  |
| 1D.9  | 該工作您通常每年工作幾個月？  | <input type="text"/> 月/年  |
| 1D.10 | 該工作您平均每週工作幾天？   | <input type="text"/> 天/周  |
| 1D.11 | 該工作您平均每天工作幾小時？  | <input type="text"/> 小時/天   |
| 1D.12 | 正常情況下，該工作中您平均每天在戶外活動的時間？                                  | <input type="text"/> 小時/天，在戶外   |
| 1D.13 | 在[EMPLOYER 1D.4]公司的工作中，您作為[JOB TITLE 1D.5]工作職位的主要工作職責是什麼？ | <input type="text"/>  |
| 1D.14 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用油漆、著色劑或清潔劑嗎？                        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.15 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用溶劑、粘結劑、除油劑(清洗金屬部件)、汽油或其他燃料？         | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.16 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用刨花板、膠合板或貼面板嗎？                       | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |

[提供補充說明](#)

### 第 3 份工作的問題

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 1D.8  | 當您在2010和2012期間內在[EMPLOYER 1D.4]公司單位工作時，該單位主要做什麼或提供什麼服務？    | <input type="text"/>  |
| 1D.9  | 該工作您通常每年工作幾個月？   | <input type="text"/> 月/年  |
| 1D.10 | 該工作您平均每週工作幾天？  | <input type="text"/> 天/周  |
| 1D.11 | 該工作您平均每天工作幾小時？   | <input type="text"/> 小時/天   |
| 1D.12 | 正常情況下，該工作中您平均每天在戶外活動的時間？                                   | <input type="text"/> 小時/天，在戶外   |
| 1D.13 | 在[EMPLOYER 1D.4]公司的的工作中，您作為[JOB TITLE 1D.5]工作職位的主要工作職責是什麼？ | <input type="text"/>  |
| 1D.14 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用油漆、著色劑或清潔嗎？                          | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.15 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用溶劑、粘結劑、除油劑(清洗金屬部件)、汽油或其他燃料？          | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
| 1D.16 | 該工作中，您曾經使用過或您工作的環境中有使用刨花板、膠合板或貼面板嗎？                        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |

[提供補充說明](#)

<< >>

注意：在問完最後一份工作的 1D.8 至 1D.16 之後，跳至 1D.17 介紹。

介紹：這部分最後一個問題是關於上夜班。

此問題是針對整個工作史，而不是只針對最近的工作。

|       |                                  |  |
|-------|----------------------------------|--|
| 1D.17 | 您是否曾經上過夜班（即此班至少在午夜至凌晨5點之間工作1小時）？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|----------------------------------|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

若否，跳至 OccIDEAS 的過渡螢幕。

|        |                                   |   |
|--------|-----------------------------------|---|
| 1D.17a | 您以前是否上過輪轉夜班（定義為每月除白班和中班外，至少上3天夜班） | <input type="radio"/> 有<br><input type="radio"/> 沒有 |
|--------|-----------------------------------|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

若沒有，跳至 OccIDEAS 的過渡螢幕。

|        |               |                        |
|--------|---------------|------------------------|
| 1D.17b | 您上輪轉夜班總共有多少年？ | <input type="text"/> 年 |
|--------|---------------|------------------------|

[提供補充說明](#)

<< >>

## OccIDEAS 的過渡螢幕

步驟1：在繼續後面的調查之前，我們現在將詢問一些工作史的具體問題（OccIDEAS）！請按下面的按鈕。

或者

步驟2：請按下面按鈕查看OccIdea是否已經完成。如果已經完成，您會看到向前的按鈕 >>；否則，請確認OccIdea已經完成或聯絡尋求幫助。

[提供補充說明](#)

現在我想瞭解您的個人患病史

A. 過敏史及患病史

|      |                    |   |                     |
|------|--------------------|---|---------------------|
| 2A.1 | 除藥物過敏外，您是否還有其他過敏史？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 | 若否或不清楚，<br>跳至 2A3.1 |
|------|--------------------|---|---------------------|

[提供補充說明](#)

|       |                 |   |  |
|-------|-----------------|---|--|
| 2A.1a | 您第一次經歷過敏反應的時間是？ | <input type="text"/> 年齡 或 <input type="text"/> 年份 |  |
|-------|-----------------|---|--|

| 2A2.1 ~ 2A2.6         | 您是否對下列過敏源過敏？          |   |                      |                      |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
|-----------------------|-----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--|
|                       |                       | <table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th>是</th> <th>否</th> <th>不清楚</th> <th>年齡</th> <th>年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | 是                    | 否                    | 不清楚 | 年齡 | 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| 是                     | 否                     | 不清楚   | 年齡                   | 年份                   |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |

|       |                                      |   |                     |
|-------|--------------------------------------|---|---------------------|
| 2A2.7 | 醫生是否會給您抗過敏注射治療（即為降低您對某物質的敏感性進行的免疫治療） | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 | 若否或不清楚，<br>跳至 2A3.1 |
|-------|--------------------------------------|---|---------------------|

|       |                                 |   |  |
|-------|---------------------------------|---|--|
| 2A2.8 | 對於嚴重的過敏反應，您是否接受過包括腎上腺素治療在內的急救治療 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |  |
|-------|---------------------------------|---|--|

[提供補充說明](#)

|        |               |                      |  |
|--------|---------------|----------------------|--|
| 2A2.8a | 您接受腎上腺素治療的次數？ | <input type="text"/> |  |
|--------|---------------|----------------------|--|

[提供補充說明](#)

| 2A3.1 ~ 2A3.3         | 醫生是否會告訴您患有以下疾病？醫生是指受過專門培訓的醫師、醫院或醫療中心的醫生（不包括村醫） |  |                      |                      |     |     |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
|-----------------------|--|--|----------------------|----------------------|-----|-----|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--|
|                       |  | <table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th>是</th> <th>否</th> <th>不清楚</th> <th>年齡或</th> <th>年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | 是                    | 否                    | 不清楚 | 年齡或 | 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| 是                     | 否  | 不清楚  | 年齡或                  | 年份                   |     |     |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |     |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |     |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |     |    |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |                       |                       |                       |                      |                      |  |

[提供補充說明](#)

2A3.4 ~  
2A311.4

您是否患過下列疾病？

|                                     | a. 是經過醫生診斷過的嗎？        |                       |                       | b. 首次診斷時間                |                         | c. 這種情況您是否做過治療？       |                       |                       | d. 若是，做過何種治療         |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
|                                     | 是                     | 否                     | 不清楚                   | 年齡或                      | 年份                      | 是                     | 否                     | 不清楚                   |                      |
| <b>與皮膚有關的疾病</b>                     |                       |                       |                       |                          |                         |                       |                       |                       |                      |
| 帶狀皰疹                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 結核                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 兒童型糖尿病                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 成人型糖尿病                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 風濕性關節炎                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 系統性紅斑狼瘡                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 慢性風濕性心臟病                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
|                                     | a. 是經過醫生診斷過的嗎？        |                       |                       | b. 首次診斷時間                |                         | c. 這種情況您是否做過治療？       |                       |                       | d. 若是，做過何種治療         |
|                                     | 是                     | 否                     | 不清楚                   | 年齡或                      | 年份                      | 是                     | 否                     | 不清楚                   |                      |
| 甲狀腺疾病, 如果是, 是那種?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                         |                       |                       |                       |                      |
| 格羅夫疾病                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 喬本氏甲狀腺炎                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 甲狀腺功能減退                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| 其他甲狀腺疾病 (請說明): <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，  
跳至 2A4.1

<<

>>

2A4.1 三個月之前，醫生是否會告訴您患有腫瘤或癌症?  是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至 2B.1

[提供補充說明](#)

<< >>

如果是，請說明

2A4.2a a. 腫瘤部位

2A4.2c c. 是良性還是惡性  良性  
 惡性  
 不清楚

2A4.2d d. 若為皮膚癌，是黑色素瘤還是非黑色素瘤?  黑色素瘤  
 非黑色素瘤  
 不清楚  
 不適用(非皮膚癌)

2A4.2e e. 第一次診斷時間?  年齡 或  年份

2A4.3 如果是，您還記得做過何種治療嗎?

|                                 | 是                     | 否                     | 不清楚                   |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 電療                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 化療                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 手術切除                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 其他治療, 請說明: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

[提供補充說明](#)

<< >>

2A5.1 醫生是否會告訴您患有其他腫瘤或癌症?  是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至 2B.1

[提供補充說明](#)

<< >>

如果是，請說明

| 2A5.2a                         | a. 腫瘤部位                | <input type="text"/>   |                       |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
|--------------------------------|------------------------|--|-----------------------|---|---|-----|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2A5.2c                         | c. 是良性還是惡性             | <input type="radio"/> 良性<br><input type="radio"/> 惡性<br><input type="radio"/> 不清楚  |                       |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 2A5.2d                         | d. 若為皮膚癌，是黑色素瘤還是非黑色素瘤？ | <input type="radio"/> 黑色素瘤<br><input type="radio"/> 非黑色素瘤<br><input type="radio"/> 不清楚<br><input type="radio"/> 不適用(非皮膚癌)  |                       |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 2A5.2e                         | e. 第一次診斷時間？            | <input type="text"/> 年齡 或 <input type="text"/> 年份  |                       |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 2A5.3                          | 如果是，您還記得做過何種治療嗎？       | <table border="1"><thead><tr><th></th><th>是</th><th>否</th><th>不清楚</th></tr></thead><tbody><tr><td>電療</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>化療</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>手術切除</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>其他治療 請說明: <input type="text"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr></tbody></table> |                       | 是 | 否 | 不清楚 | 電療 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 化療 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 手術切除 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 其他治療 請說明: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                | 是                      | 否  | 不清楚                   |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 電療                             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 化療                             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 手術切除                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |
| 其他治療 請說明: <input type="text"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |   |   |     |    |                       |                       |                       |    |                       |                       |                       |      |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |

[提供補充說明](#)

<<

>>

B. 輸血史

2B.1 一年之前您是否接受過輸血？（包括所有類型的輸血，例如紅血球、血漿或其它血液制品輸血）

是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，  
跳至 2C.1

[提供補充說明](#)

<< >>

2B.2 如果是，請列出輸血原因，同一原因的輸血次數及第一次輸血時年齡/年份  不記得

| 2B.2 | a. 原因                | b. 因為這個原因的輸血次數       | c. 這個原因第一次輸血的年齡或年份       |                         |
|------|----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 2    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 3    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 4    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 5    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 6    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 7    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |
| 8    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年齡或 | <input type="text"/> 年份 |

[提供補充說明](#)

<< >>

備註：CAPI 中可錄入總共 8 次不同的輸血經歷。

C. 住院及手術史

|      |                     |   |
|------|---------------------|---|
| 2C.1 | (除了這次住院) 您以前曾經住過院嗎? | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|---------------------|---|

若否或不清楚，  
跳至 2D.1

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |                        |                              |
|------|------------------------|------------------------------|
| 2C.2 | 如果是，您還記得什麼原因及什麼時間入院的嗎? | <input type="checkbox"/> 不記得 |
|------|------------------------|------------------------------|

| 2C.2 | 如果是，您還記得什麼原因及什麼時間入院的嗎?  |                      |         |                      |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
|------|---|----------------------|---------|----------------------|---|----|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|---|----------------------|----------------------|-----|----------------------|
|      | <table border="1"><thead><tr><th></th><th>a. 住院原因</th><th>b. 年齡</th><th>或</th><th>年份</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>4</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>5</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>6</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>7</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>8</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>年齡或</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table> |                      | a. 住院原因 | b. 年齡                | 或 | 年份 | 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> | 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年齡或 | <input type="text"/> |
|      | a. 住院原因   | b. 年齡                | 或       | 年份                   |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 1    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 2    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 3    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 4    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 5    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 6    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 7    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |
| 8    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | 年齡或     | <input type="text"/> |   |    |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |   |                      |                      |     |                      |

[提供補充說明](#)

<< >>

CAPI 備註：CAPI 中可錄入總共 8 次不同的住院經歷。

|      |                               |   |
|------|-------------------------------|---|
| 2C.3 | 您一生中直到一年前的任何時候是否經歷過手術或取活組織檢查? | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|-------------------------------|---|

若否或不清楚，  
跳至 2D.1

[提供補充說明](#)

<< >>

若否或不清楚，  
跳至 2D.1

對於女性：

|      |  |  |
|------|--|--|
| 2C.4 | <p>直到一年前，您共經歷過多少次手術或取活組織檢查？<br/>         (包括皮膚、眼睛、腦部、臉頸部、喉部、心臟、肺部、脾、腎、結紮手術、肝臟、膽囊、闌尾、胃、腸、骨髓或身體其他部位的活組織檢查或切除手術)<br/>         (不包括在醫院正常生孩子，不包括任何牙科手術，也不包括這次住院的任何手術)<br/>         (對女性，還包括剖腹產及其他女性生殖器官相關的手術)</p> | <input type="radio"/> 1-3次<br><input type="radio"/> 4-6次<br><input type="radio"/> 7-9次<br><input type="radio"/> 10-12次<br><input type="radio"/> 13-16次<br><input type="radio"/> 17-19次<br><input type="radio"/> 20-23次<br><input type="radio"/> 24-26次<br><input type="radio"/> 27及以上<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|--|--|

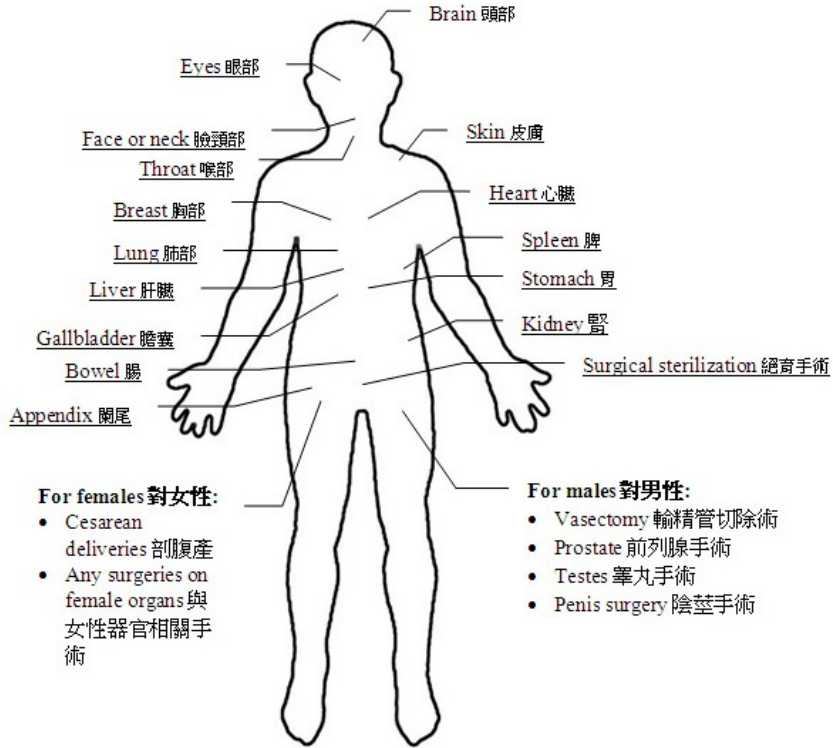
對於男性：

:

|      |   |  |
|------|---|--|
| 2C.4 | <p>直到一年前，您共經歷過多少次手術或取活組織檢查？<br/>         (包括皮膚、眼睛、腦部、臉頸部、喉部、心臟、肺部、脾、腎、結紮手術、肝臟、膽囊、闌尾、胃、腸、骨髓或身體其他部位的活組織檢查或切除手術)<br/>         (不包括在醫院正常生孩子，不包括任何牙科手術，也不包括這次住院的任何手術)<br/>         (對男性，還包括輸精管切除術、前列腺手術、睪丸手術、陰莖手術)</p> | <input type="radio"/> 1-3次<br><input type="radio"/> 4-6次<br><input type="radio"/> 7-9次<br><input type="radio"/> 10-12次<br><input type="radio"/> 13-16次<br><input type="radio"/> 17-19次<br><input type="radio"/> 20-23次<br><input type="radio"/> 24-26次<br><input type="radio"/> 27及以上<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|---|--|

### Surgical History 手術史

How many total surgical procedures and biopsies did you undergo? 你共經歷過多少次手術及取活組織檢查?



D. 看牙醫及手術史

若否或不清楚，跳至 2D.3

|      |   |   |
|------|---|---|
| 2D.1 | 以前有人給您做過牙科手術嗎？包括拔智慧齒或其他牙齒、牙根管手術、牙齦手術及其他牙科手術 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|---|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |              |  |
|------|--------------|--|
| 2D.2 | 總共做過多少次牙科手術？ | <input type="radio"/> 1-3次<br><input type="radio"/> 4-6次<br><input type="radio"/> 7-9次<br><input type="radio"/> 10-12次<br><input type="radio"/> 13-16次<br><input type="radio"/> 17-19次<br><input type="radio"/> 20-23次<br><input type="radio"/> 24-26次<br><input type="radio"/> 27及以上<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|--------------|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |  |                                 |
|------|--|---------------------------------|
| 2D.3 | 您有多少顆恆牙由於變松後脫落或拔掉？包括所有脫落的牙齒，或由於疼痛、鬆動而拔掉的牙齒，但不包括意外傷害後損失的牙齒。 | <input type="text"/> 脫落或拔掉的牙齒數量 |
|------|--|---------------------------------|

|      |                   |  |
|------|-------------------|--|
| 2D.4 | 成年後，您經常在刷牙時牙齦出血嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不經常刷牙<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------|-------------------|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

E. 針灸治療史

2E.1

您以前經歷過針灸治療嗎？

- 是
- 否
- 不清楚

若否或不清楚，跳至 F 部分

[提供補充說明](#)

<< >>

2E.2

您第一次經歷針灸治療的時間為？

年齡 或  年份

2E.3

您一生中經歷針灸治療的次數為？

- 僅1次
- 2至10次
- 一生中10次以上
- 不清楚

[提供補充說明](#)

<< >>

## F. 家庭患癌症史

下面我們要瞭解您家族的患癌症史，這些問題只是針對您具有生物學或血緣關係的，在世的或過世的親戚。包括您的母親、父親、親兄弟姐妹、兒子和女兒。請注意不包括收養的或繼父母、收養的或繼子/女、及同父異母或同母異父的兄弟姐妹。如果您記不清楚或不知如何回答，也請您儘量回憶並提供我們更多的資訊，例如，如果您不知道診斷的年齡，請估計年齡範圍如“40多歲”等。如果您確實無法回憶任何資訊，請說“我不知道”。

現在，請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過下列癌症？

[提供補充說明](#)

<< >>

|       |   |   |  |      |  |
|-------|---|---|--|------|--|
| 2F1.1 | 請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過霍奇金淋巴瘤？   | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">         若否或不清楚，跳至 2F1.2       </div> |      |  |
| 2F1.1 | <b>a. 是哪位親戚？</b> <b>b. 是什麼癌症亞型或腫瘤發性的部位(若知道)</b> <b>c. 診斷時年齡</b> <b>d. (若不知確切年齡) 記錄診斷時年齡範圍</b> |   | 開始年齡   | 結束年齡 |  |
|       | 請選擇一個答案   |   |  |      |  |
|       | 母親  |   |  |      |  |
|       | 父親  |   |  |      |  |
|       | 姐妹  |   |  |      |  |
|       | 兄弟  |   |  |      |  |
|       | 女兒  |   |  |      |  |
|       | 兒子  |   |  |      |  |
|       | 請選擇一個答案   |   |  |      |  |

[提供補充說明](#)

<< >>

|       |   |   |  |      |  |
|-------|---|---|--|------|--|
| 2F1.2 | 請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過非霍奇金淋巴瘤？  | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">         若否或不清楚，跳至 2F1.3       </div> |      |  |
| 2F1.2 | <b>a. 是哪位親戚？</b> <b>b. 是什麼癌症亞型或腫瘤發性的部位(若知道)</b> <b>c. 診斷時年齡</b> <b>d. (若不知確切年齡) 記錄診斷時年齡範圍</b> |   | 開始年齡   | 結束年齡 |  |
|       | 請選擇一個答案   |   |  |      |  |
|       | 母親  |   |  |      |  |
|       | 父親  |   |  |      |  |
|       | 姐妹  |   |  |      |  |
|       | 兄弟  |   |  |      |  |
|       | 女兒  |   |  |      |  |
|       | 兒子  |   |  |      |  |
|       | 請選擇一個答案   |   |  |      |  |

[提供補充說明](#)

<< >>

2F1.3 請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過白血病？

是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至 2F1.4

2F1.3 a. 是哪位親戚？ b. 是什麼癌症亞型或腫瘤發性的部位(若知道) c. 診斷時年齡 d. (若不知確切年齡) 記錄診斷時年齡範圍

|         |                      | 開始年齡                 | 結束年齡                 |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 母親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 父親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 姐妹      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兄弟      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 女兒      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兒子      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

提供補充說明

<< >>

2F1.4 請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過多發性骨髓瘤？

是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至 2F1.5

2F1.4 a. 是哪位親戚？ b. 是什麼癌症亞型或腫瘤發性的部位(若知道) c. 診斷時年齡 d. (若不知確切年齡) 記錄診斷時年齡範圍

|         |                      | 開始年齡                 | 結束年齡                 |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 母親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 父親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 姐妹      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兄弟      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 女兒      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兒子      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

提供補充說明

<< >>

2F1.5 請問您在世的或去世的家庭成員是否曾經診斷患過淋巴瘤，未說明類型？

是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至 2F.2

2F1.5 a. 是哪位親戚？ b. 是什麼癌症亞型或腫瘤發性的部位(若知道) c. 診斷時年齡 d. (若不知確切年齡) 記錄診斷時年齡範圍

|         |                      | 開始年齡                 | 結束年齡                 |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 母親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 父親      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 姐妹      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兄弟      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 女兒      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 兒子      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 請選擇一個答案 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

提供補充說明

<< >>

2F.2 您的家庭成員是否診斷患過其它癌症？

是  
 否  
 不清楚

若否或不清楚，跳至介紹 3A.1

[提供補充說明](#)

<< >>

| 2F.2 a~ e | a. (如果是)是哪種癌症類型或腫瘤發生的部位(若知道) | b. 是哪位親戚？ | c. 是什麼癌症類型或腫瘤發生的部位(若知道) | d. 診斷時年齡 |      | e. (若不知確切年齡) 記錄診斷時的年齡範圍 |      |
|-----------|------------------------------|-----------|-------------------------|----------|------|-------------------------|------|
|           |                              |           |                         | 開始年齡     | 結束年齡 | 開始年齡                    | 結束年齡 |
| 1         |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 2         |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 3         |                              | 母親        |                         |          |      |                         |      |
| 4         |                              | 父親        |                         |          |      |                         |      |
| 5         |                              | 姐妹        |                         |          |      |                         |      |
| 6         |                              | 兄弟        |                         |          |      |                         |      |
| 7         |                              | 女兒        |                         |          |      |                         |      |
| 8         |                              | 兒子        |                         |          |      |                         |      |
| 9         |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 10        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 11        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 12        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 13        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 14        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 15        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |
| 16        |                              | 請選擇一個答案   |                         |          |      |                         |      |

[提供補充說明](#)

<< >>

CAPI 中總共可錄入 16 位家庭成員

介紹 3A.1

**A. 暴露于陽光下的戶外活動**

請告訴我您暴露于陽光下的戶外活動通常有多長時間？

|      |                                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3A.1 | 您在青少年時(13-19歲)，夏季(5月至9月)裡每天上午9點到下午5點： | a. 週一至週五(或上學或上班期間)    |                       |                       |                       |                       | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|      |                                       | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                |
|      | 3A.1 您通常每天在戶外陽光下度過的時間？                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|      |   |                       |                       |                       |                       |                             |                       |                       |                       |                       |                       |                             |                       |                       |                       |                       |                       |                             |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 3A.2 |   | a. 週一至週五(或上學或上班期間)    |                       |                       |                       |                             | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                       |                       |                       |                       |                       |                       |                             |
|      |   | 從來沒有                  | >0- <25%的<br>時間       | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25%<br>的<br>時間   | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25%<br>的<br>時間   | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 |
|      | 3A.2 當您在戶外陽光下，您經常採取防曬措施嗎(如，戴帽子、穿長袖衣服、擦防曬油或用遮陽傘等)？ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |

提供補充說明



|      |  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3A.3 | 您在二三十歲(20-39歲)時，夏季(5月至9月)裡每天上午9點到下午5點： | a. 週一至週五(上班期間)        |                       |                       |                       |                       | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|      |  | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                |
|      | 3A.3 您通常每天在戶外陽光下度過的時間？                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|      |   |                       |                       |                       |                       |                             |                       |                       |                       |                       |                       |                             |                       |                       |                       |                       |                       |                             |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 3A.4 |   | a. 週一至週五(上班期間)        |                       |                       |                       |                             | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                       |                       |                       |                       |                       |                       |                             |
|      |   | 從來沒有                  | >0- <25%<br>的<br>時間   | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25%<br>的<br>時間   | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25%<br>的<br>時間   | 25- <50%<br>的<br>時間   | 50- <75%<br>的<br>時間   | >=75%<br>及<br>以上<br>的<br>時間 |
|      | 3A.4 當您在戶外陽光下，您經常採取防曬措施嗎(如，戴帽子、穿長袖衣服、擦防曬油或用遮陽傘等)？ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |

若研究對象小於 40 歲，跳至 3B 部分。  
 若研究對象 40-49 歲，下面的問題為“您 40 歲以後的夏季裡.....”  
 若研究對象大於 50 歲，開始下面的問題。

|      |   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3A.5 | 在最近十年裡，夏季（5月至9月）裡每天上午9點到下午5點：                     | a. 週一至週五（上班期間）        |                       |                       |                       |                       | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|      |   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                | 不清楚                   | <0.5小時                | 0.5 - <1小時            | 1 - <2小時              | 2 - <4小時              | 4小時及以上                |
|      | 3A.5 您通常每天在戶外陽光下度過的時間？                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3A.6 | 3A.6 當您在戶外陽光下，您經常採取防曬措施嗎（如，戴帽子、穿長袖衣服、擦防曬油或用遮陽傘等）？ | a. 週一至週五（上班期間）        |                       |                       |                       |                       | b. 週六                 |                       |                       |                       |                       | c. 周日                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|      |   | 從來沒有                  | >0- <25% 的時間          | 25- <50% 的時間          | 50- <75% 的時間          | >=75% 及以上的時間          | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25% 的時間          | 25- <50% 的時間          | 50- <75% 的時間          | >=75% 及以上的時間          | 不清楚                   | 從來沒有                  | >0- <25% 的時間          | 25- <50% 的時間          | 50- <75% 的時間          | >=75% 及以上的時間          |
|      |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

[提供補充說明](#)



B. 使用染髮劑

若否或不清楚，跳至 3C.1

3B.1 您定期使用染髮劑或其他頭髮著色劑染髮嗎？

是  
 否  
 不清楚

[提供補充說明](#)

<< >>

如果仍在使用的，跳至 2a etc.

3B.2 對每一時期，詢問3B.2a-3B.2f的問題

|     | a. 您(開始/下一時期)使用染髮劑或著色劑的 |                      | b. 您使用哪種類型染料，持久的、半持久的或暫時的(見表下的定義描述)？ |                       |                       | c. 這類染料的顏色是？ | 其他顏色:                | d. 一年使用這種染料幾次？           | e. 您染髮時，是全部染色還是部分染色？  |                       | f. 停止使用這種染料染髮時？          |                          | 現在仍使用                    | 清除應答                     |
|-----|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     | 年齡                      | 年份                   | 持久的                                  | 半持久的                  | 暫時的                   |              |                      |                          | 全部                    | 部分                    | 年齡                       | 年份                       |                          |                          |
| #1  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #2  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #3  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 黑色           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #4  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 金黃色          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #5  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 深棕色          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #6  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 紅色           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #7  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 其他           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #8  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #9  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #10 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #11 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #12 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #13 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #14 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| #15 | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 請選擇一個答案      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*類型描述

1. 持久的：水反復清洗也無法洗掉，頭髮長起來後留有痕跡
2. 半持久的：6-10次洗髮水洗頭可以洗掉
3. 暫時的：1次洗髮水洗頭可以洗掉

備註：在 CAPI 中，可填寫 15 種染髮劑或著色劑產品。

[提供補充說明](#)

<< >>

### C. 睡眠時間及睡眠品質

我想瞭解您成年後兩個時期內的睡眠習慣和睡眠品質

首先，在您二三十歲時...

|      |   |   |
|------|---|---|
| 3C.1 | 您平均每晚睡眠幾個小時？                                      | <input type="text"/> 小時   |
| 3C.2 | 您睡眠品質好嗎？  | <input type="radio"/> 很好<br><input type="radio"/> 普通<br><input type="radio"/> 較差<br><input type="radio"/> 很差<br><input type="radio"/> 很難說 |
| 3C.3 | 當您 <u>二三十歲</u> 時，您通常晚上需要睡眠幾個小時才能保證第二天能夠精神飽滿地參加工作？ | <input type="text"/> 小時   |
| 3C.4 | 當您 <u>二三十歲</u> 時，您白天有午休的習慣嗎？(至少每週午休3天)            | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否  |

[提供補充說明](#)

<< >>

若否，跳至

3C.6

|      |              |   |
|------|--------------|---|
| 3C.5 | 您白天平均午休多長時間？ | <input type="text"/> 分鐘 或 <input type="text"/> 小時 |
|------|--------------|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |   |  |
|------|---|--|
| 3C.6 | 您經常（每星期超過1次）吃藥或補品以助於睡眠嗎？如果是，是哪種類型的藥或補品？ | <input type="radio"/> 是(說明類型): <input type="text"/><br><input type="radio"/> 否 |
|------|---|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

若研究對象小於 40 歲，跳至 3D 部分的介紹。

若研究對象 40-49 歲，則繼續。

若研究對象大於 50 歲，則在 3C.7 介紹中和 3C.9 中加入“五十歲”。

其次，當您四十(及五十)歲時...

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 3C.7  | 您平均每晚睡眠幾個小時？  | <input type="text"/> 小時   |
| 3C.8  | 您睡眠品質好嗎？  | <input type="radio"/> 很好<br><input type="radio"/> 普通<br><input type="radio"/> 較差<br><input type="radio"/> 很差<br><input type="radio"/> 很難說 |
| 3C.9  | 當您 <u>四十(及五十)</u> 歲時，您通常晚上需要睡眠幾個小時才能保證第二天能夠精神飽滿地參加工作？ | <input type="text"/> 小時   |
| 3C.10 | 當您 <u>四十(及五十)</u> 歲時，您白天有午休的習慣嗎？(至少每週午休3天)            | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否  |

[提供補充說明](#)

<< >>

若否，跳至

3C.12

|       |              |   |
|-------|--------------|---|
| 3C.11 | 您白天平均午休多長時間？ | <input type="text"/> 分鐘 或 <input type="text"/> 小時 |
|-------|--------------|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 3C.12 | 您經常（每星期超過1次）吃藥或補品以助於睡眠嗎？如果是，是哪種類型的藥或補品？ | <input type="radio"/> 是(請說明類型): <input type="text"/><br><input type="radio"/> 否 |
|-------|---|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

D. 經常性體力活動

3D.1 您在青少年時（13-19歲），平均每天有多少小時用於下列活動（工作或休閒）？

|  | 週一至週五（或上學或上班期間）      | 週六或周日（週末或假日）         |
|--|----------------------|----------------------|
| 睡覺   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 坐式活動 開車，吃飯，讀書，做家庭作業，案頭工作，看電視，聽收音機，縫紉工作，打牌或打遊戲，辦公室工作。           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 輕體力活動 休閒，輕體力家務勞動，散步，個人看護，站立活動，跳舞，瑜伽。                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 中等體力活動 重體力家務勞動；照顧年幼的弟妹或其他小孩；輕鬆的體育活動；院子裡的工作；平地騎自行車，太極拳，氣功，平地行走。 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 重體力活動 務農；重木工作；搬運重傢俱，裝卸卡車，鏟或其他類似的手工勞動；激烈的體育活動。                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| =  | 0.0                  | 0.0                  |

[提供補充說明](#)

<< >>

3D.2 成年後，即20歲後至10年前，平均每天有多少小時用於下列活動（工作或休閒）？

|  | 小時/天                 |                      |
|--|----------------------|----------------------|
|  | 週一至週五（上班期間）          | 週六或周日（週末或假日）         |
| 睡覺   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 坐式活動 開車，吃飯，讀書，做家庭作業，案頭工作，看電視，聽收音機，縫紉工作，打牌或打遊戲，辦公室工作。           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 輕體力活動 休閒，輕體力家務勞動，散步，個人看護，站立活動，跳舞，瑜伽。                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 中等體力活動 重體力家務勞動；照顧年幼的弟妹或其他小孩；輕鬆的體育活動；院子裡的工作；平地騎自行車，太極拳，氣功，平地行走。 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 重體力活動 務農；重木工作；搬運重傢俱，裝卸卡車，鏟或其他類似的手工勞動；激烈的體育活動。                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| =  | 0.0                  | 0.0                  |

[提供補充說明](#)

<< >>

3D.3 20歲後至10年前，總體來說您的體力活動程度屬於下列哪一種？

非常活躍  
 中等活躍  
 中等不活躍  
 非常不活躍

[提供補充說明](#)

<< >>

若研究對象小於 30 歲，則詢問 3D.3It30

3D.3It30 從您成年開始至2年前，您體力活動的總體強度可以描述為下列哪一種：

非常活躍  
 中等活躍  
 中等不活躍  
 非常不活躍

[提供補充說明](#)

<< >>

E. 食物及飲料

下面我將問您關於飲食和飲料方面的習慣。首先是成年後（一年前且不包含最近的飲食習慣改變），請告訴我您對下面食物的食用或飲用的頻率（包括在家裡或在外面）

3E.1 ~ 3E.8

成年後，您多久吃/飲一次下列食物？

|                               | 從不吃或每年少於一次            | 每年1次至每月1次             | 每月1-3次                | 每週1次                  | 每週2-3次                | 每週4-6次                | 每天1次                  | 每天2次                  | 每天3次或以上               |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 綠葉菜，包括菠菜和白菜                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 新鮮水果                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 豆奶或豆奶粉                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 油炸豆腐，素雞(豆腐製品)，豆腐乾及其它豆製品（非鮮豆腐） | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                               | 從不吃或每年少於一次            | 每年1次至每月1次             | 每月1-3次                | 每週1次                  | 每週2-3次                | 每週4-6次                | 每天1次                  | 每天2次                  | 每天3次或以上               |
| 鮮豆腐                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 綠豆、紅豆及其它幹豆                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 黃豆芽                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 綠豆芽                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

[提供補充說明](#)



下面這些茶類及咖啡飲料，請選擇您在成年時期（一年前且不包含最近的飲食習慣改變）飲用的頻次。我想瞭解您每次飲用量（包括在家裡或外面飲用）。

3E.9 ~ 3E.14 成年後，您多久喝一次下列飲料？

|                 | 從不吃或每年少於一次            | 每年1次至每月1次             | 每月1-3次                | 每週1次                  | 每週2-3次                | 每週4-6次                | 每天1次                  | 每天2次                  | 每天3次或以上               |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 茶               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 茉莉花茶            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 綠茶              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 烏龍茶（鐵觀音）        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 普洱茶             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 錫蘭茶/斯裏蘭卡紅茶或西式紅茶 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 咖啡              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

[提供補充說明](#)



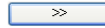
請告訴我您對下面魚類的食用頻次（一年前且不包含最近飲食習慣的改變，包括在家裡和外面）

3E.15 ~ 3E.17 首先，成年時期您是否經常吃下列魚...？

|  | 從不吃或每年少於一次            | 每年1次至每月1次             | 每月1-3次                | 每週1次                  | 每週2-3次                | 每週4-6次                | 每天1次                  | 每天2次                  | 每天3次或以上               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 廣東徽香鹹魚                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 廣東薑肉鹹魚?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 其他類型鹹魚?若是，請說明：                             |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 說明 (1) <input type="button" value="清除選擇"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 說明 (2) <input type="button" value="清除選擇"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3E.18 ~<br>3E.20                         | 其次，童年時期您是否經常吃下列魚...？                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  |  | 從不吃或每<br>年少於一次        | 每年1次至每<br>月1次         | 每月1-3次                | 每週1次                  | 每週2-3次                | 每週4-6次                | 每天1次                  | 每天2次                  | 每天3次或以<br>上           |
|  | 廣東鹽香鹹魚                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | 廣東薑肉鹹魚?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | 其他類型鹹魚?若是，請說明：                           |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|  | 說明 (1) <input type="text" value="清除選擇"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 說明 (2) <input type="text" value="清除選擇"/> | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |

[提供補充說明](#)



F. 吸煙

3F.1 您經常（通常每天至少吸1支）吸煙達半年以上嗎？  是  否

若否，跳至 3G.1

[提供補充說明](#)

<< >>

3F.2 您開始吸煙的年齡？  年齡 或  年份

3F.3 您現在還經常吸香煙/紙煙/捲煙嗎？  是  否

若是，跳至 3F.6

[提供補充說明](#)

若否，跳至 3F.4

<< >>

3F.4 您多大年齡時開始戒煙？  年齡 或  年份

3F.5 在您吸煙期間，通常每天吸煙多少支？  ≤10支  11-20支  21-30支  ≥31支

跳至 3F.12

[提供補充說明](#)

<< >>

3F.6 您通常每天吸多少支煙？  ≤10支  11-20支  21-30支  ≥31支

3F.7 早晨起床後多久開始吸第一支煙？  5分鐘內  6-30分鐘內  31-60分鐘內  60分鐘後

3F.8 在禁煙場所（如教堂、圖書館、電影院等），您不吸煙是否感覺很困難？  是  否

3F.9 您覺得什麼時候不吸煙最困難？  早晨第一支菸  其他時間

3F.10 您早晨起床後吸煙比其他時間吸煙更頻繁嗎？  是  否

3F.11 您生病時且整天躺在床上，您仍吸煙嗎？  是  否

[提供補充說明](#)

<< >>

3F.12 您現在經常吸水煙袋嗎？  是  否

若否，跳至 3F.14

[提供補充說明](#)

<< >>

3F.13 您每月吸煙葉多少市兩？（1市兩=50克）  市兩/月

[提供補充說明](#)

<< >>

3F.14

您現在經常吸雪茄嗎？

- 是
- 否

若否，跳至  
3F.16

[提供補充說明](#)

<<

>>

3F.15

您每月吸多少支雪茄？

支/月

[提供補充說明](#)

<<

>>

3F.16

您曾經嚼過煙嗎？

- 是
- 否

若否，跳至  
3G.1

[提供補充說明](#)

<<

>>

3F.17

您嚼煙或曾經嚼煙多少年？

年

3F.18

您嚼（過）哪種煙？〈請說明種類〉

[提供補充說明](#)

<<

>>

G. 飲酒

|      |                                    |  |
|------|------------------------------------|--|
| 3G.1 | 您曾經喝過酒（如：啤酒、米酒、烈性酒）且平均每<br>月超過一次嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|------|------------------------------------|--|

若否，跳至 3H CAPI  
備註

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |                 |   |
|------|-----------------|---|
| 3G.2 | 您多大時開始喝酒每月超過一次？ | <input type="text"/> 年齡 或 <input type="text"/> 年份 |
|------|-----------------|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

若從來不，  
跳至

|       |                               |   |
|-------|-------------------------------|---|
| 3Ga.1 | a. 您多久喝一次以下的酒類？<br><b>啤酒類</b> | <input type="radio"/> 從來不喝到每年少於12次<br><input type="radio"/> 每月1次到每月4次<br><input type="radio"/> 至少每週1次或更多，請說明：次/周 <input type="text"/> |
|-------|-------------------------------|---|

3Ga.2

|       |                 |   |
|-------|-----------------|---|
| 3Gb.1 | b. 每次喝酒，您平均喝多少？ | <input type="text"/> 杯/次<br><input type="text"/> 罐/次<br><input type="text"/> 小瓶/次<br><input type="text"/> 大瓶/次<br><input type="text"/> 市兩/次 |
|-------|-----------------|---|

如果飲酒少於1瓶或罐，請使用小數（如半瓶，則填寫0.5）

[提供補充說明](#)

<< >>

若從來不，  
跳至 3Ga.3

|       |                               |   |
|-------|-------------------------------|---|
| 3Ga.2 | a. 您多久喝一次以下的酒類？<br><b>米酒類</b> | <input type="radio"/> 從來不喝到每年少於12次<br><input type="radio"/> 每月1次到每月4次<br><input type="radio"/> 至少每週1次或更多，請說明：次/周 <input type="text"/> |
|-------|-------------------------------|---|

|       |                 |   |
|-------|-----------------|---|
| 3Gb.2 | b. 每次喝酒，您平均喝多少？ | <input type="text"/> 杯/次<br><input type="text"/> 罐/次<br><input type="text"/> 小瓶/次<br><input type="text"/> 大瓶/次<br><input type="text"/> 市兩/次 |
|-------|-----------------|---|

如果飲酒少於1瓶或罐，請使用小數（如半瓶，則填寫0.5）

[提供補充說明](#)

<< >>

若從來不，跳至 3Ga.5

|       |                                |   |
|-------|--------------------------------|---|
| 3Ga.3 | a. 您多久喝一次以下的酒類？<br><b>紅葡萄酒</b> | <input type="radio"/> 從來不喝到每年少於12次<br><input type="radio"/> 每月1次到每月4次<br><input type="radio"/> 至少每週1次或更多，請說明：次/周 <input type="text"/>                           |
| 3Gb.3 | b. 每次喝酒，您平均喝多少？                | <input type="checkbox"/> 杯/次<br><input type="checkbox"/> 罐/次<br><input type="checkbox"/> 小瓶/次<br><input type="checkbox"/> 大瓶/次<br><input type="checkbox"/> 市兩/次 |

如果飲酒少於1瓶或罐，請使用小數（如半瓶，則填寫0.5）  
[提供補充說明](#)

<< >>

若從來不，跳至 3Ga.4

|       |                                |   |
|-------|--------------------------------|---|
| 3Ga.5 | a. 您多久喝一次以下的酒類？<br><b>白葡萄酒</b> | <input type="radio"/> 從來不喝到每年少於12次<br><input type="radio"/> 每月1次到每月4次<br><input type="radio"/> 至少每週1次或更多，請說明：次/周 <input type="text"/>                           |
| 3Gb.5 | b. 每次喝酒，您平均喝多少？                | <input type="checkbox"/> 杯/次<br><input type="checkbox"/> 罐/次<br><input type="checkbox"/> 小瓶/次<br><input type="checkbox"/> 大瓶/次<br><input type="checkbox"/> 市兩/次 |

如果飲酒少於1瓶或罐，請使用小數（如半瓶，則填寫0.5）  
[提供補充說明](#)

<< >>

若從來不，跳至 3H CAPI 備註

|       |                                     |   |
|-------|-------------------------------------|---|
| 3Ga.4 | a. 您多久喝一次以下的酒類？<br><b>烈性酒(如白蘭地)</b> | <input type="radio"/> 從來不喝到每年少於12次<br><input type="radio"/> 每月1次到每月4次<br><input type="radio"/> 至少每週1次或更多，請說明：次/周 <input type="text"/>                           |
| 3Gb.4 | b. 每次喝酒，您平均喝多少？                     | <input type="checkbox"/> 杯/次<br><input type="checkbox"/> 罐/次<br><input type="checkbox"/> 小瓶/次<br><input type="checkbox"/> 大瓶/次<br><input type="checkbox"/> 市兩/次 |

如果飲酒少於1瓶或罐，請使用小數（如半瓶，則填寫0.5）  
[提供補充說明](#)

<< >>

CAPI 備註：僅對女性；男性研究對象跳過 IV 部分。

#### H. 生殖生育史

|      |                                   |  |
|------|-----------------------------------|--|
| 3H.1 | 第一次來月經是您多大？若記不清，請給出年齡範圍，如 10-13 歲 | <input type="text"/> 年齡 或年齡範圍 <input type="text"/> - <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 從未來過<br><input type="checkbox"/> 不清楚 |
|------|-----------------------------------|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

若從未來過月經，跳至 3H.7

|      |  |  |
|------|--|--|
| 3H.2 | 您通常月經週期正常嗎？（如果需要：“正常”是指每個月都知道下個週期開始的大約日期）    | <input type="radio"/> 一直正常<br><input type="radio"/> 大多時候正常<br><input type="radio"/> 很不正常 |
| 3H.3 | 通常兩次月經開始日的時間間隔？（記錄具體數字或範圍）                   | <input type="text"/> 準確天數 或天數範圍 <input type="text"/> - <input type="text"/>              |
| 3H.4 | 在正常的月經週期，通常月經持續幾天？（記錄具體數字或範圍）                | <input type="text"/> 準確天數 或天數範圍 <input type="text"/> - <input type="text"/>              |
| 3H.5 | 您現在還來月經嗎？（註：即您是否已停經，若您的月經不再會來，則對該問題的回答應是“否”） | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                                       |

[提供補充說明](#)

<< >>

若是，跳至 3H.7

|      |                        |   |
|------|------------------------|---|
| 3H.6 | 若您停止來月經達一年以上，您開始停經的年齡？ | <input type="text"/> 年齡 或年齡範圍 <input type="text"/> - <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 不清楚 |
|------|------------------------|---|

[提供補充說明](#)

<< >>

|      |          |  |
|------|----------|--|
| 3H.7 | 您曾經懷孕過嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|------|----------|--|

[提供補充說明](#)

<< >>

若否，跳至 IV 部分

|      |                           |                           |
|------|---------------------------|---------------------------|
| 3H.8 | 您共懷孕過幾次?                  | <input type="text"/> 懷孕次數 |
| 3H.9 | 您生的孩子活產有幾個?(若無活產,則轉至第四部分) | <input type="text"/> 活產個數 |

[提供補充說明](#)

若懷孕次數為 0, 跳至 IV 部分

<< >>

若活產數為 0, 跳至 IV 部分。  
若活產數為 1, 回答 3H.10. 跳至 3H.12.

|       |                      |  |
|-------|----------------------|--|
| 3H.10 | 您第一個孩子出生時您多大?        | <input type="text"/> 年齡 或 <input type="text"/> 年份  |
| 3H.11 | 您最後一個孩子出生時您多大?       | <input type="text"/> 年齡 或 <input type="text"/> 年份  |
| 3H.12 | 您曾母乳餵養過您的孩子(或其中一個)嗎? | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |

[提供補充說明](#)

若否, 跳至 IV 部分

<< >>

|       |                         |                         |
|-------|-------------------------|-------------------------|
| 3H.13 | 您通常母乳餵養您的孩子(或其中一個)多少個月? | <input type="text"/> 月數 |
|-------|-------------------------|-------------------------|

[提供補充說明](#)

<< >>

## 部分 IV

### A. 居住史總覽

現在我們有些問題是關於您的居住地。我們從您出生後的第一個住所開始，直到在問題SD.2或SD.3中報告的您現在居住的村莊或城市。請告訴我您居住2年以上的所有的居住地，包括您家庭居住地或其他地方，如寄宿學校，社會福利機構或朋友家。

居住史中請包括現在的住所

\*\*\*\*\* 第1個住址 \*\*\*\*\*

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 4A.1a | 您出生後的第一個住所是位於臺灣、香港還是中國大陸？（如果是中國大陸，請問：第一個住所是在村莊還是在城市？） | <input type="radio"/> 台灣 <input checked="" type="radio"/> 香港 <input type="radio"/> 中國大陸(村莊) <input type="radio"/> 中國大陸(城市) <input type="radio"/> 其他國家            |
|       |   | <input type="button" value="清除答案"/>  |
| 4A.2  | 地址  | 區: <input type="text"/> 樓層號: <input type="text"/><br>街道: <input type="text"/> 房號: <input type="text"/><br>街道號: <input type="text"/><br>建築號: <input type="text"/> |

若選擇了“香港”，地址是：

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 4A.39 | (開始年份)：哪一年或您幾歲時開始入住這個住所？                                      | <input type="text"/> 年份 或 <input type="text"/> 年? |
| 4A.40 | (結束年份)：哪一年或您多大時，您開始搬出該住所？ <b>如果結束年份與開始年份的間隔小於2年，則請核實並修改住所</b> | <input type="text"/> 年份 或 <input type="text"/> 年齡 |
|       |   | <input type="checkbox"/> 您現在仍然居住在該住所嗎？            |

[提供補充說明](#)

CAPI 提供了可填入總共 10 處童年和成年時住所的空間。

## B. 童年時期居住史

現在我想詢問您在童年時期居住至少2年以上所有住所的特征及居住環境  
[提供補充說明](#)

<< >>

住所地址

現在開始了解您出生後的第一個住所的情況，該住所位於  
[提供補充說明](#)

<< >>

若家人，跳至 4B1.6

4B1.2 您是與家人同住還是住在其他地方，如寄宿學校，社會福利機構或朋友家？

- 家人
- 寄宿學校
- 社會福利機構
- 朋友家
- 其他

若朋友或其他，跳至  
4B1.6

[提供補充說明](#)

<< >>

|       |                             |                                 |
|-------|-----------------------------|---------------------------------|
| 4B1.3 | 您每週多少天住在該寄宿學校或社會福利機構？       | <input type="text"/> 天數/周       |
| 4B1.4 | 您每年多少個月住在該寄宿學校或社會福利機構？      | <input type="text"/> 月數/年       |
| 4B1.5 | 平均來說共有幾個人和您共住同一宿舍房間(包括您自己)？ | <input type="text"/> 共住該宿舍房間的人數 |

[提供補充說明](#)

<< >>

若共住一臥室，跳至  
4B1.10 介紹

|       |                           |  |
|-------|---------------------------|--|
| 4B1.6 | 該住所共有幾個房間？                | <input type="checkbox"/> 房間數                       |
| 4B1.7 | 最多時有多少家人同時住在這個住所內？(包括您自己) | <input type="checkbox"/> 家人數                       |
| 4B1.8 | 共有幾人和您共住同一臥室？(包括您自己)      | <input type="checkbox"/> 共住同一臥室的人數                 |
| 4B1.9 | 白天時，您是在托兒所嗎？              | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |

[提供補充說明](#)

介紹, 4B1.10

下面的問題是關於您童年時該住所家中或戶外飼養動物的情況。

[提供補充說明](#)

檢查此住所是否寄宿學校或社會福利機構。

若是 (4B1.2 = 2 或 3) , 跳過問題 4B1.11.

若否 (4B1.2 = 1, 4 或 5) , 詢問問題 4B1.10.

|        |                                      |   |
|--------|--------------------------------------|---|
| 4B1.10 | 該住所起居室內是否至少在 6 個月的大部分時候有狗、貓、鳥或其他的動物？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|--------|--------------------------------------|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，跳至 4B1.11

|            |   |   |
|------------|---|---|
| Q4B1.10.1a | 狗 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------------|---|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，跳至 4B1.10.2a

|            |                               |  |
|------------|-------------------------------|--|
| Q4B1.10.1b | b. 最多時室內飼養狗多少只？               | <input type="checkbox"/> 狗的數量  |
| Q4B1.10.1c | c. 您多久親自餵食寵物一次，或清洗寵物或籠舍及周圍衛生？ | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |

[提供補充說明](#)

|            |   |   |
|------------|---|---|
| Q4B1.10.2a | 貓 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------------|---|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，跳至 4B1.10.3a

|            |                               |  |
|------------|-------------------------------|--|
| Q4B1.10.2b | b. 最多時室內飼養貓多少只？               | <input type="checkbox"/> 貓的數量  |
| Q4B1.10.2c | c. 您多久親自餵食寵物一次，或清洗寵物或籠舍及周圍衛生？ | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |

[提供補充說明](#)

|            |     |   |
|------------|-----|---|
| Q4B1.10.3a | 寵物鳥 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------------|-----|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，跳至 4B1.10.4a

|            |                               |  |
|------------|-------------------------------|--|
| Q4B1.10.3b | b. 最多時室內飼養鳥多少只？               | <input type="checkbox"/> 寵物鳥的數量  |
| Q4B1.10.3c | c. 您多久親自餵食寵物一次，或清洗寵物或籠舍及周圍衛生？ | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |

[提供補充說明](#)

|            |       |   |
|------------|-------|---|
| Q4B1.10.4a | 其他寵物？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|------------|-------|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚，跳至 4B1.11

|             |                                |  |
|-------------|--------------------------------|--|
| 4B1.10.4aO1 | 其他動物(說明 1):                    | <input type="text"/>   |
| 4B1.10.4bO1 | 最多時飼養多少只?                      | <input type="checkbox"/> 說明1的數量  |
| 4B1.10.4cO1 | c. 您多久親自餵食寵物一次, 或清洗寵物或籠舍及周圍衛生? | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.10.4aO2 | 其他動物?(說明2):                    | <input type="text"/>   |
| 4B1.10.4bO2 | 最多時飼養多少只?                      | <input type="checkbox"/> 說明2的數量  |
| 4B1.10.4cO2 | c. 您多久親自餵食寵物一次, 或清洗寵物或籠舍及周圍衛生? | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |

[提供補充說明](#)

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 4B1.11 | 您居住在這住所時, 至少 6 個月該住所內或附近 (25 米) 是否還飼養雞、豬或其他動物來自食或販賣? | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|--------|--|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚, 跳至 4B2.1

跳至 4B1.11.4 部分後的“核查資訊說明”

|           |                 |   |
|-----------|-----------------|---|
| 4B1.11.1a | 飼養哪種動物? ...雞或母雞 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|-----------|-----------------|---|

[提供補充說明](#)

若否或不清楚, 跳至 4B1.11.2a

|           |                        |  |
|-----------|------------------------|--|
| 4B1.11.1b | b. 最多時室內或室外周圍共飼養多少只?   | <input type="checkbox"/> 雞或母雞個數  |
| 4B1.11.1c | c. 您多久餵食他們一次, 或清洗圈舍衛生? | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.11.1d | d. 您曾經屠宰過這些動物嗎?        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                               |

[提供補充說明](#)

|           |          |   |
|-----------|----------|---|
| 4B1.11.2a | a. 山羊或綿羊 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|-----------|----------|---|

提供補充說明

若否或不清楚，  
跳至 4B1.11.3a

|           |                       |  |
|-----------|-----------------------|--|
| 4B1.11.2b | b. 最多時飼養多少只？          | <input type="text"/> 山羊或綿羊個數   |
| 4B1.11.2c | c. 您多久餵食他們一次，或清洗圈舍衛生？ | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.11.2d | d. 您曾經屠宰過這些動物嗎？       | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                               |

提供補充說明

|           |      |   |
|-----------|------|---|
| 4B1.11.3a | a. 豬 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|-----------|------|---|

提供補充說明

若否或不清楚，  
跳至 4B1.11.4a

|           |                       |  |
|-----------|-----------------------|--|
| 4B1.11.3b | b. 最多時飼養多少只？          | <input type="text"/> 豬個數   |
| 4B1.11.3c | c. 您多久餵食他們一次，或清洗圈舍衛生？ | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.11.3d | d. 您曾經屠宰過這些動物嗎？       | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                               |

提供補充說明

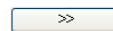
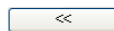
|           |                        |   |
|-----------|------------------------|---|
| 4B1.11.4a | a. 還有大型動物，如馬、牛嗎？若是，請說明 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否<br><input type="radio"/> 不清楚 |
|-----------|------------------------|---|

提供補充說明

若否或不清楚，  
跳至 4B2.1

|             |                        |  |
|-------------|------------------------|--|
| 4B1.11.4a01 | 其他寵物(說明 1):            | <input type="text"/>   |
| 4B1.11.4b1  | 說明1的數量(最多時飼養多少只?)      | <input type="text"/> 說明1的數量  |
| 4B1.11.4c01 | c. 您多久餵食他們一次, 或清洗圈舍衛生? | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.11.4d01 | d. 您曾經屠宰過這些動物嗎?        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                               |
| 4B1.11.4a02 | 其他寵物(說明2):             | <input type="text"/>   |
| 4B1.11.4b02 | 說明2的數量(最多時飼養多少只?)      | <input type="text"/> 說明2的數量  |
| 4B1.11.4c02 | c. 您多久餵食他們一次, 或清洗圈舍衛生? | <input type="radio"/> 從未<br><input type="radio"/> 偶爾<br><input type="radio"/> 每天 |
| 4B1.11.4d2  | d. 您曾經屠宰過這些動物嗎?        | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否                               |

[提供補充說明](#)



**檢查應答：**檢查問題 Q4A.4 (結束年份)。如果此應答表明研究對象小於 18 歲，則重複此部分問下一住所。若應答者搬出該住所時年齡在 18 歲及以上，則跳至 Q4C 介紹。

## 4C1.1 介紹

現在我們想詢問您成年時期（18歲之後）居住時間最長的3個住所。根據前面已經完成的居住史表中時間先後順序，我們會逐一詢問這3個住所。我們開始的住所為不同的。地址（行政村或街道和城市），中的開始年份和中的結束年份。這些問題與前面童年時期住所的問題

|       |                |   |
|-------|----------------|---|
| 4C1.1 | 您住的村子裡大約有多少人口？ | <input type="radio"/> ≤999<br><input type="radio"/> 1,000-9,999<br><input type="radio"/> 10,000-99,999<br><input type="radio"/> 100,000-499,999<br><input type="radio"/> 500,000或更多 |
|-------|----------------|---|

[提供補充說明](#)

成年時期居住時間  
最長住所地址

開始年份

結束年份

若 500,000 及以上，  
跳至 4C1.3

|       |                    |  |
|-------|--------------------|--|
| 4C1.2 | 在該住所是否種植農作物或飼養動物嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|--------------------|--|

[提供補充說明](#)

|       |            |  |
|-------|------------|--|
| 4C1.3 | 該住所室內有廁所嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|------------|--|

|       |            |  |
|-------|------------|--|
| 4C1.4 | 該住所室內使用電嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|------------|--|

|       |                 |  |
|-------|-----------------|--|
| 4C1.5 | 該住所室外有燃燒垃圾的地方嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|-----------------|--|

|       |              |  |
|-------|--------------|--|
| 4C1.6 | 該住所主要飲用水源是…？ | <input type="radio"/> 城市供水（自來水廠或市政供水）<br><input type="radio"/> 村井水（公用井水）<br><input type="radio"/> 自家井水（獨自使用井水）<br><input type="radio"/> 河道水或溝渠水<br><input type="radio"/> 商店購買的桶裝水<br><input type="radio"/> 其他（請說明 <input type="text"/> |
|-------|--------------|--|

|       |                 |  |
|-------|-----------------|--|
| 4C1.7 | 該住所室內有蓄水缸或蓄水池嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|-----------------|--|

[提供補充說明](#)

|       |             |  |
|-------|-------------|--|
| 4C1.8 | 該住所室內需要供暖嗎？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|-------|-------------|--|

若否，跳至 4C1.10

[提供補充說明](#)

|       |                |   |
|-------|----------------|---|
| 4C1.9 | 家中取暖通常使用的燃料是…？ | <input type="radio"/> 煤氣，天然氣<br><input type="radio"/> 電<br><input type="radio"/> 煤油<br><input type="radio"/> 煤<br><input type="radio"/> 木柴<br><input type="radio"/> 其他燃料 (說明): <input type="text"/> |
|-------|----------------|---|

[提供補充說明](#)

|        |                |   |
|--------|----------------|---|
| 4C1.10 | 家中做飯通常使用的燃料是…？ | <input type="radio"/> 煤氣，天然氣<br><input type="radio"/> 電<br><input type="radio"/> 煤油<br><input type="radio"/> 煤<br><input type="radio"/> 木柴<br><input type="radio"/> 其他燃料 (說明): <input type="text"/><br><input type="radio"/> 不適用 (如果住所內不做飯) |
|--------|----------------|---|

|        |            |  |
|--------|------------|--|
| 4C1.11 | 家中經常用油炒菜嗎？ | <input type="radio"/> ≤1次/月<br><input type="radio"/> 1次/周<br><input type="radio"/> 2-3次/周<br><input type="radio"/> 1次/天<br><input type="radio"/> ≥2次/天 |
|--------|------------|--|

|        |   |  |
|--------|---|--|
| 4C1.12 | 住在該住所期間，室內是否會翻新過？包括室內粉刷或房間重新佈局 (即拆牆、加牆、增加居室等) | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|--------|---|--|

[提供補充說明](#)

若否，跳至跳至以下介紹欄

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 4C1.13 | 您居住在該住所期間，家中是否曾經粉刷過？若是，在您居住期間室內共粉刷過多少次？ | <input type="radio"/> 是 (次) <input type="text"/><br><input type="radio"/> 否 |
|--------|---|---|

|        |                                     |  |
|--------|-------------------------------------|--|
| 4C1.14 | 您居住在該住所期間，室內房間是否重新佈局，包括拆牆、加牆、增加居室等？ | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
|--------|-------------------------------------|--|

[提供補充說明](#)

重復此部分，開始下二個最長成年住所。

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 5A.1  | 現在請估計去年您全家的年總收入？                                    | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 新臺幣 <input type="radio"/> 港幣 <input type="radio"/> 人民幣                            |
| 5A.1b | 最後一個問題是，在上世紀90年代中期您全家年總收入大約為多少？                     | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 新臺幣 <input type="radio"/> 港幣 <input type="radio"/> 人民幣                            |
| VI.1  | 對被調查者回答問題的可靠性進行打分評價<br>調查員手冊注釋：定義評價標準，調查員需要詳細的評價說明。 | <input type="radio"/> 1 不太可靠 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 可靠 |
| VI.2  | 被調查者感覺到不舒服嗎？  | <input type="radio"/> 是 (請在下面 (VI.6) 提供評論)<br><input type="radio"/> 否   |
| VI.6  | 寫下您對調查的評論   | <input type="text"/>  |
| 完成日期  | 完成日期  | <input type="text"/> (日) / <input type="text"/> (月) / <input type="text"/> (年)  |

[提供補充說明](#)



我們的調查到此為止，  
非常感謝您的配合。請點擊本頁上方的按鈕停止錄音。  
更新您追蹤表中CAPI的完成狀態。

[提供補充說明](#)

