

AsiaLymph研究

筛选及问卷

筛选

OMB #: 0925-0654

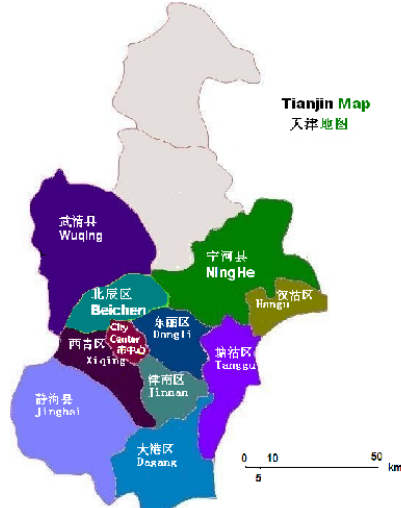
Expiration date: 09/30/2012

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.

	病人姓名	<input type="text"/>
	该病人性别	<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)

	除此次诊断外，病人在以前（即1年之前）是否被诊断患过淋巴瘤？包括急性淋巴细胞淋巴瘤(ALL)，多发性骨髓瘤(MM)，慢性淋巴细胞白血病(CLL)，霍奇金淋巴瘤及非霍奇金淋巴瘤(NHL)	<input type="radio"/> 是（有淋巴瘤史） <input type="radio"/> 否（无淋巴瘤史）
--	--	--

	现在居住区域	请选择一个答案 ▾
提供补充说明	<input type="button" value="←"/>	请选择一个答案 北京区 滨海新区 东丽区 河北区 河东区 和平区 河西区 虹桥区 静海县 津南区 南开区 宁河县 武清区 西青区 其他地区

提供补充说明	 <p data-bbox="292 1123 698 1207"> 在您一生中的任何时候是否在此一般区域居住了至少15年? 注：一般区域是指前面问题居住区域中列出的除“其他地区”之外的所有地区。 </p>	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
	<input type="button" value="←"/>	<input type="button" value="→"/>

提供补充说明	您是否以前在该医院或其他医院参与过本研究? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
	<input type="button" value="←"/> <input type="button" value="→"/>

问卷

OMB #: 0925-0654

Expiration date: 09/30/2012

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	您是哪个民族? <input type="radio"/> 中国汉族 <input type="radio"/> 中国少数民族 (请说明) <input type="text"/> <input type="radio"/> 其他民族 (请说明) <input type="text"/>
1A.2	您父亲是哪个民族? <input type="radio"/> 中国汉族 <input type="radio"/> 中国少数民族 (请说明) <input type="text"/> <input type="radio"/> 其他民族 (请说明) <input type="text"/>
1A.3	您母亲是哪个民族? <input type="radio"/> 中国汉族 <input type="radio"/> 中国少数民族 (请说明) <input type="text"/> <input type="radio"/> 其他民族 (请说明) <input type="text"/>
1A.4	您在哪儿出生? <input type="radio"/> 中华人民共和国-省份? 请选择一个答案 <input type="text"/> <input type="radio"/> 其他国家(请说明) <input type="text"/>

[提供补充说明](#)

<< >>

B. 兄弟姐妹

1B.1	您有几个兄弟姐妹，包括所有在世的和已去世的，但不包括收养的或异父母的，也不包括您自己？	<input type="text"/>
------	---	----------------------

[提供补充说明](#)

<< >>

若无(0)兄弟姐妹，
跳至1C.1

1B.2	您在兄弟姐妹中排行第几？ 如果您在所有兄弟姐妹中年龄最大，则为“1”，如果年龄第二大，则为“2”，依次类推。	<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"/>
------	------------------	----------------------

[提供补充说明](#)

<< >>

C. 文化程度及体形

1C.1	<p>您接受的最高文化教育是?</p> <p>若无, 跳至1C.3</p> <p> <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 小学未毕业 <input type="radio"/> 小学毕业 <input type="radio"/> 初中未毕业 <input type="radio"/> 初中毕业 <input type="radio"/> 高中未毕业 <input type="radio"/> 高中毕业 </p> <p> <input type="radio"/> 技校未毕业 <input type="radio"/> 技校毕业 <input type="radio"/> 大学未毕业 <input type="radio"/> 大学毕业 <input type="radio"/> 硕士学位 <input type="radio"/> 更高学位(硕士以上) <input type="radio"/> 其他水平 (请说明): <input type="text"/> </p>
1C.2	<p>您总共到学校读书多少年?</p> <p><input type="text"/> 年</p>
1C.3	<p>您目前的身高?</p> <p><input type="text"/> 厘米</p>
1C.4	<p>请您回忆并估计您20岁时的体重</p> <p><input type="text"/> 公斤</p> <p>如果年龄小于40岁, 跳至 1C.6</p>
1C.5	<p>请您估计您40岁时的体重:</p> <p><input type="text"/> 公斤</p>
1C.6	<p>您大约1年前的体重是?</p> <p><input type="text"/> 公斤</p>

1C.7	<p>下面那幅图最能反映您10岁时的体形?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/>  <p>较瘦</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/>  <p>中等</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/>  <p>较胖</p> </div> </div>
------	--

[提供补充说明](#)



D 职业史

介绍：现在我们想了解您曾经参加过的工作情况。我们对您所有的工作都感兴趣，无论家里或家外，无论兼职或全职，无论有工资或没有工资，包括务农、个体经营、为企业或家庭作坊工作（不包括家庭主妇）。从您参加工作开始凡是从事过12个月及以上的工作都包括在内。

1D.1 您现在是上班、无业或已退休？ 上班 无业 已退休

[提供补充说明](#)

<< >>

若是，跳至
介绍**1D.4**

1D.3 您曾经在家里或外面工作12个月或更长时间吗？ 是 否 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至
介绍，**2A.1**

介绍， 1D.4

如果您在一家公司（或在家）有多项工作，或在同一时期内有多份工作，我们会逐一与您交流。同时，也包括季节性的工作和在部队里的工作。现在开始列出每个工作的企业名称、工作职位和工作年份。

jobHistory	1D.4	1D.5	1D.6		1D.7	
	您(第一/下一个)工作12个月及以上的企业名称或工作地点？	您在1D.4中(第一个/下一个)您工作12个月及以上单位中的工作职位？	您开始担任1D.5中工作职位的年龄或年份？	年份	您停止1D.4单位中的1D.5工作职位的年份或年龄？	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，请点击这里！！

Confirm 请确认表中最后工作的停止时间（1D.7）即为您最近一份工作的停止时间，对吗？ 对 不对

[提供补充说明](#)

<< >>

跳至**1D.4**并开始填写各行

当您完成所有工作(CAPI中总共可填**12**份工作)的**1D.4-**

1D.7后，跳至**1D.8**开始第**1**份工作的填写。然后针对第**1**份工作问**1D.8**至**1D.16**的问题，再重复直到所有工作都问完。

第1份工作的问题

1D.8	当您在1980和1985时间段内在[1D.4]-1单位工作时,该单位主要做什么或提供什么服务?	<input type="text"/>
1D.9	该工作您通常每年工作几个月?	<input type="text"/> 月/年
1D.10	该工作您平均每周工作几天?	<input type="text"/> 天/周
1D.11	该工作您平均每天工作几小时?	<input type="text"/> 小时/天
1D.12	正常情况下,该工作中您平均每天在户外活动的时间?	<input type="text"/> 小时/天,在户外
1D.13	在[1D.4]-1的工作中,您作为[1D.5]-1工作职位的主要工作职责是什么?	<input type="text"/>
1D.14	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用油漆、着色剂或清漆吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
1D.15	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用溶剂、粘结剂、除油剂(清洗金属部件)、汽油或其他燃料?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
1D.16	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用刨花板、胶合板或贴面板吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚

[提供补充说明](#)



第2份工作的问题

1D.8	当您在1985和1990时间段内在[1D.4]-2单位工作时,该单位主要做什么或提供什么服务?	<input type="text"/>
1D.9	该工作您通常每年工作几个月?	<input type="text"/> 月/年
1D.10	该工作您平均每周工作几天?	<input type="text"/> 天/周
1D.11	该工作您平均每天工作几小时?	<input type="text"/> 小时/天
1D.12	正常情况下,该工作中您平均每天在户外活动的时间?	<input type="text"/> 小时/天,在户外
1D.13	在[1D.4]-2的工作中,您作为[1D.5]-2工作职位的主要工作职责是什么?	<input type="text"/>
1D.14	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用油漆、着色剂或清漆吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
1D.15	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用溶剂、粘结剂、除油剂(清洗金属部件)、汽油或其他燃料?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
1D.16	该工作中,您曾经使用过或您工作的环境中使用刨花板、胶合板或贴面板吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚

[提供补充说明](#)



第3份工作的问题

10.8	当您在1990和1995时间段内在[1D.4]-3单位工作时, 该单位主要做什么或提供什么服务?	<input type="text"/>
10.9	该工作您通常每年工作几个月?	<input type="text"/> 月/年
10.10	该工作您平均每周工作几天?	<input type="text"/> 天/周
10.11	该工作您平均每天工作几小时?	<input type="text"/> 小时/天
10.12	正常情况下, 该工作中您平均每天在户外活动的时	<input type="text"/> 小时/天, 在户外
10.13	在[1D.4]-3的工作中, 您作为[1D.5]-3工作职位的主要工作职责是什么?	<input type="text"/>
10.14	该工作中, 您曾经使用过或您工作的环境中使用油漆、着色剂或清漆吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
10.15	该工作中, 您曾经使用过或您工作的环境中使用溶剂、粘剂、除油剂(清洗金属部件)、汽油或其他燃料?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
10.16	该工作中, 您曾经使用过或您工作的环境中使用刨花板、胶合板或贴面板吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚

[提供补充说明](#)



注意: 在问完最后一份工作的1D.8至1D.16之后, 跳至1D.17 介绍。

介绍: 这部分最后一个问题是关于上夜班。

此问题是针对整个工作史, 而不是只针对最近的工作。

1D.17	您是否曾经上过夜班(即此班至少在午夜至凌晨5点之间工作1小时)?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	----------------------------------	--

[提供补充说明](#)



若否, 跳至OccIDEAS的过渡屏幕。

1D.17a	您以前是否上过轮转夜班(定义为每月除白班和中班外, 至少上3天夜班)?	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 没有
--------	-------------------------------------	---

[提供补充说明](#)



若没有, 跳至OccIDEAS的过渡屏幕。

1D.17b	您上轮转夜班总共有多少年?	<input type="text"/> 年
--------	---------------	------------------------

[提供补充说明](#)



OccIDEAS的过渡屏幕

Mainland_China

步骤1： 在继续后面的调查之前，我们现在将询问一些工作史的具体问题（OccIDEAS）！ 请按下面的按钮。

或者

步骤2： 请按下面按钮查看OccIDEAS是否已经完成。如果已经完成，您会看到向前的按钮 ； 否则，请确认OccIDEAS已经完成或联络寻求帮助。。

[提供补充说明](#)

现在我想了解您的个人患病史

A. 过敏史及患病史

2A.1 除药物过敏外，您是否还有其他过敏史？ 是 否 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至2A3.1

2A2.8 - 更新版

2A.1a 您第一次经历过敏反应的时间是？ 年龄 或 年份

2A2.1 ~ 2A2.6 您是否对下列过敏源过敏？
如果是，第一次过敏反应的时间？

	是	否	不清楚	年龄	或年份
食物 如果是，请说明： <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
昆虫？ 如果是，请说明： <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
动物？ 如果是，请说明： <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
粉尘或尘螨？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
发霉？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
树、草、植物等的花粉 如果是，请说明花粉的种类： <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2A2.7 医生是否曾给您抗过敏注射治疗（即为降低您对某物质的敏感性进行的免疫治疗）？ 是 否 不清楚

2A2.8 对于严重的过敏反应，您是否接受过 **包括** 肾上腺素治疗在内的急救治疗？ 是 否 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至2A3.1

2A2.8a 您接受肾上腺素治疗的次数？

[提供补充说明](#)

<< >>

2A3.1 ~ 2A3.3 医生是否曾告诉您患有下列疾病？医生是指受过专门培训的医师、医院或医疗中心的医生（不包括村医）

	是	否	不清楚	年龄或年份
哮喘？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
“枯草热”（过敏性鼻炎）？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
湿疹或皮炎？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

[提供补充说明](#)

<< >>

2A3.4 ~ 2A311.4	您是否患过下列疾病?	a. 是经过医生诊断过的吗?			b. 首次确诊时间		c. 这种情况您是否做过治疗?			d. 若是, 做过何种治疗
		是	否	不清楚	年龄或	年份	是	否	不清楚	
与皮肤有关的疾病										
	带状疱疹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	结核	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	儿童型糖尿病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<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"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	风湿性关节炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	系统性红斑狼疮	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	慢性风湿性心脏病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
		a. 是经过医生诊断过的吗?			b. 首次确诊时间		c. 这种情况您是否做过治疗?			d. 若是, 做过何种治疗
	甲状腺疾病, 如果是, 是那种?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
	格雷夫疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	喬本氏甲状腺炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	甲状腺功能减退	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	其他甲状腺疾病 (請說明): <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚, 跳至
2A4.1

若否或不清楚，跳至 2B.1

2A4.1 三个月及之前，医生是否曾告诉您患有肿瘤或癌症? 是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

2A4.3 - 更新版

如果是，请说明

2A4.2a a. 肿瘤部位:

2A4.2c c. 是良性还是恶性? 良性
 恶性
 不清楚

2A4.2d d. 若为皮肤癌，是黑色素瘤还是非黑色素瘤? 黑色素瘤
 非黑色素瘤
 不清楚
 不适用(非皮肤癌)

2A4.2e e. 第一次诊断时间? 年龄 或 年份

2A4.3 如果是，您还记得做过何种治疗吗?

	是	否	不清楚
放疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
化疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
手术切除?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
其他治疗, 请说明: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至 2B.1

2A5.1 医生是否曾告诉您患有其他肿瘤或癌症? 是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

2A5.3 - 更新版

如果是, 请说明

2A5.2a	a. 肿瘤部位:	<input type="text"/>																				
2A5.2c	c. 是良性还是恶性?	<input type="radio"/> 良性 <input type="radio"/> 恶性 <input type="radio"/> 不清楚																				
2A5.2d	d. 若为皮肤癌, 是黑色素瘤还是非黑色素瘤?	<input type="radio"/> 黑色素瘤 <input type="radio"/> 非黑色素瘤 <input type="radio"/> 不清楚 <input type="radio"/> 不适用(非皮肤癌)																				
2A5.2e	e. 第一次诊断时间?	<input type="text"/> 年龄 或 <input type="text"/> 年份																				
2A5.3	如果是, 您还记得做过何种治疗吗?	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>是</th><th>否</th><th>不清楚</th></tr></thead><tbody><tr><td>放疗?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>化疗?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>手术切除?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>其他治疗, 请说明: <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	放疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	化疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	手术切除?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	其他治疗, 请说明: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	是	否	不清楚																			
放疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
化疗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
手术切除?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
其他治疗, 请说明: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			

[提供补充说明](#)

<< >>

2B.1 - 更新版

B. 输血史

2B.1 一年之前您是否接受过输血？（包括所有类型的输血，例如红血球、血浆或其它血液制品输血）

是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

若否或不清楚，
跳至**2C.1**

2B.2 如果是，请列出输血原因，同一原因的输血次数及第一次输血时年龄/年份 不清楚

2B.2	a. 原因	b. 因为这个原因的输血次数	c. 这个原因第一次输血的年龄或年份	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 年龄或	<input type="text"/> 年份

[提供补充说明](#)

备注：CAPI中可录入总共**8**次不同的输血经历。

C 住院及手术史

2C.1 (除了这次住院) 您以前曾经住过院吗? 是 否 不清楚

提供补充说明

<< >>

若否或不清楚，
跳至2D.1

2C.2 如果是，您还记得什么原因及什么时间入院吗? 不记得

2C.2 如果是，您还记得什么原因及什么时间入院吗?

	a. 住院原因	b. 年龄	或年份
1	<input type="text"/>	年龄或	年份
2	<input type="text"/>	年龄或	年份
3	<input type="text"/>	年龄或	年份
4	<input type="text"/>	年龄或	年份
5	<input type="text"/>	年龄或	年份
6	<input type="text"/>	年龄或	年份
7	<input type="text"/>	年龄或	年份
8	<input type="text"/>	年龄或	年份

提供补充说明

<< >>

CAPI 备注：CAPI中可录入总共8次不同的住院经历。

2C.3 - 更新版

2C.3 您一生中直到一年前的任何时候是否经历过手术或取活组织检查? 是 否 不清楚

提供补充说明

<< >>

若否或不清楚，
跳至2D.1

对于女性:

2C.4 - 更新版

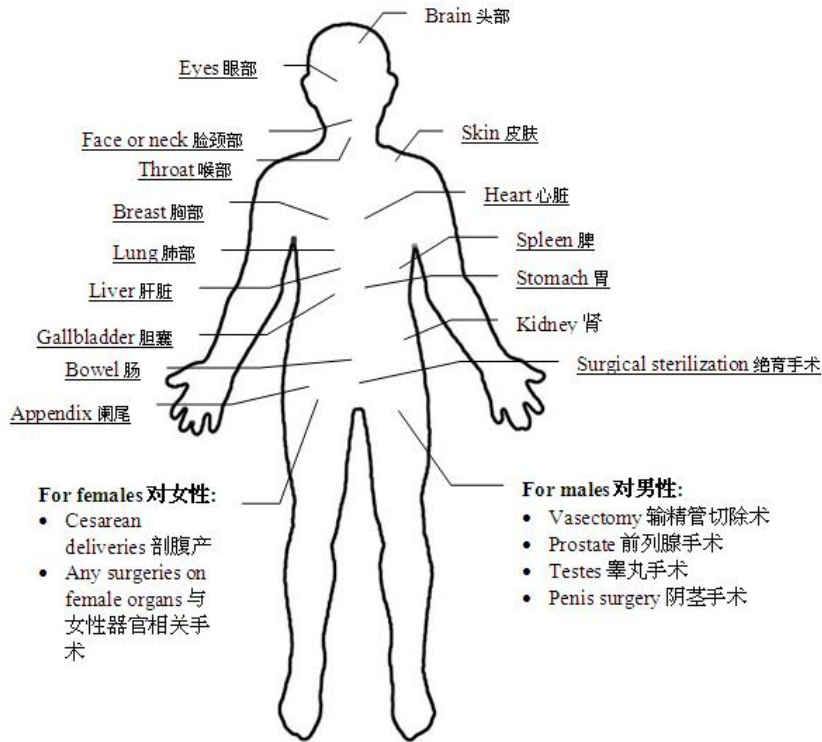
2C.4	<p>直到一年前, 您共经历过多少次手术或取活组织检查? (包括皮肤、眼睛、脑部、脸部、喉部、心脏、肺部、脾、肾、结扎手术、肝脏、胆囊、阑尾、胃、肠、骨髓或身体其他部位的活组织检查或切除手术) (不包括在医院正常生孩子, 不包括任何牙科手术, 也不包括这次住院的任何手术)</p> <p>(对女性, 还包括剖腹产及其他女性生殖器官相关的手术)</p>	<p><input type="radio"/> 1-3次 <input type="radio"/> 4-6次 <input type="radio"/> 7-9次 <input type="radio"/> 10-12次 <input type="radio"/> 13-16次 <input type="radio"/> 17-19次 <input type="radio"/> 20-23次 <input type="radio"/> 24-26次 <input type="radio"/> 27及以上 <input type="radio"/> 不清楚</p>
------	---	--

对于男性:

2C.4 - 更新版

2C.4	<p>直到一年前, 您共经历过多少次手术或取活组织检查? (包括皮肤、眼睛、脑部、脸部、喉部、心脏、肺部、脾、肾、结扎手术、肝脏、胆囊、阑尾、胃、肠、骨髓或身体其他部位的活组织检查或切除手术) (不包括在医院正常生孩子, 不包括任何牙科手术, 也不包括这次住院的任何手术)</p> <p>(对男性, 还包括输精管切除术、前列腺手术、睾丸手术、阴茎手术)</p>	<p><input type="radio"/> 1-3次 <input type="radio"/> 4-6次 <input type="radio"/> 7-9次 <input type="radio"/> 10-12次 <input type="radio"/> 13-16次 <input type="radio"/> 17-19次 <input type="radio"/> 20-23次 <input type="radio"/> 24-26次 <input type="radio"/> 27及以上 <input type="radio"/> 不清楚</p>
------	--	--

How many total surgical procedures and biopsies did you undergo? 你共经历过多少次手术及取活组织检查?



Please include surgery involving biopsies or removal of growths from the skin, eyes, brain, face or neck, throat, breast, heart, lung, spleen, kidney, surgical sterilization, liver, gallbladder, appendix, stomach, bowel, bone or any other type of surgery. (请包括皮肤、眼睛、脑部、脸部、喉部、胸部、心脏、肺部、脾、肾、绝育、肝脏、胆囊、阑尾、胃、肠、骨骼或身体其他部位的活组织检查或切除手术)

For females, include cesarean section deliveries and any surgeries on female organs. For males, include vasectomy, prostate, testes, and penis surgery. (对女性, 还要包括剖腹产及其他女性器官有关的手术; 对男性, 要包括输精管切除术、前列腺手术、睾丸手术、阴茎手术)

[提供补充说明](#)



D. 看牙医及手术史

2D.1	以前有人给您做过牙科手术吗？包括拔智慧齿或其他牙齿、牙根管手术、牙龈手术及其他牙科手术	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
------	---	---

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，
跳至2D.3

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

[提供补充说明](#)

<< >>

2D.3	您有多少颗恒牙由于变松后脱落或拔掉？包括所有脱落的牙齿，或由于疼痛、松动而拔掉的牙齿，但不包括意外伤害后损失的牙齿。	<input type="text"/> 脱落或拔掉的牙齿数量
2D.4	成年后，您经常在刷牙时牙龈出血吗？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不经常刷牙 <input type="radio"/> 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

E. 针灸治疗史

2E.1

您以前经历过针灸治疗吗?

- 是
- 否
- 不清楚

若否或不清楚，
跳至F部分

[提供补充说明](#)

<<

>>

2E.2

您第一次经历针灸治疗的时间为?

年龄 或 年份

2E.3

您一生中经历针灸治疗的次数为?

- 仅1次
- 2至10次
- 一生中10次以上
- 不清楚

[提供补充说明](#)

<<

>>

F. 家庭患癌症史

下面我们要了解您家族的患癌症史，这些问题只是针对您具有生物学或血缘关系的，在世的或过世的亲戚。包括您的母亲、父亲、亲兄弟姐妹、儿子和女儿。请**注意**不包括收养的或继父母、收养的或继子女、及同父异母或同母异父的兄弟姐妹。如果您记不清楚或不知如何回答，也请您尽量回忆并提供我们更多的信息，例如，如果您不知道诊断的年龄，请估计年龄范围如“40多岁”等。如果您确实无法回忆任何信息，请说“我不知道”。

现在，请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列癌症？

[提供补充说明](#)

<< >>

2F1.1 - 更新版

2F1.1 请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列疾病：**霍奇金淋巴瘤**？

是
 否
 不清楚

若否或不清楚，跳至2F1.2

2F1.1 a. 是哪位亲戚？ b. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道) c. 诊断时年龄 d. (若不知确切年龄) 记录诊断时年龄范围

		开始年龄	结束年龄	
请选择一个答案				
请选择一个答案				
母亲				
父亲				
姐妹				
兄弟				
女儿				
儿子				
请选择一个答案				

[提供补充说明](#)

<< >>

2F1.2 请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列疾病：**非霍奇金淋巴瘤**？

是
 否
 不清楚

若否或不清楚，跳至2F1.3

2F1.2 a. 是哪位亲戚？ b. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道) c. 诊断时年龄 d. (若不知确切年龄) 记录诊断时年龄范围

		开始年龄	结束年龄	
请选择一个答案				
请选择一个答案				
母亲				
父亲				
姐妹				
兄弟				
女儿				
儿子				
请选择一个答案				

[提供补充说明](#)

<< >>

2F1.3 请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列疾病：**白血病**？ 是 否 不清楚

若否或不清楚，跳至**2F1.4**

2F1.3 a. 是哪位亲戚？ b. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道) c. 诊断时年龄 d. (若不知确切年龄) 记录诊断时年龄范围

		开始年龄	结束年龄
请选择一个答案			
请选择一个答案			
母亲			
父亲			
姐妹			
兄弟			
女儿			
儿子			
请选择一个答案			

提供补充说明

<< >>

2F1.4 请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列疾病：**多发性骨髓瘤**？ 是 否 不清楚

若否或不清楚，跳至**2F1.5**

2F1.4 a. 是哪位亲戚？ b. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道) c. 诊断时年龄 d. (若不知确切年龄) 记录诊断时年龄范围

		开始年龄	结束年龄
请选择一个答案			
请选择一个答案			
母亲			
父亲			
姐妹			
兄弟			
女儿			
儿子			
请选择一个答案			

提供补充说明

<< >>

2F1.5 请问您在世的或去世的家庭成员是否曾经诊断患过下列疾病：**淋巴瘤，未说明类型**？ 是 否 不清楚

若否或不清楚，跳至**2F.2**

2F1.5 a. 是哪位亲戚？ b. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道) c. 诊断时年龄 d. (若不知确切年龄) 记录诊断时年龄范围

		开始年龄	结束年龄
请选择一个答案			
请选择一个答案			
母亲			
父亲			
姐妹			
兄弟			
女儿			
儿子			
请选择一个答案			

提供补充说明

<< >>

2F.2 您的家庭成员是否诊断患过其它癌症? 是 否 不清楚

提供补充说明

<< >>

若否或不清楚，
跳至介绍 3A.1

2F.2 a~ e	a. (如果是)是哪一种癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道)?	b. 是哪位亲戚?	c. 是什么癌症类型或肿瘤发生的部位(若知道)	d. 诊断时年龄?	e. (若不知确切年龄)记录诊断时的年龄范围	e. (若不知确切年龄)记录诊断时的年龄范围
1	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	母亲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	父亲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	姐妹	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	兄弟	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	女儿	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	儿子	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

提供补充说明

<< >>

CAPI中总共可录入16位家庭成员

介绍, 3A.1

前言和问题b. 周六 c. 周日 - 更新版

A. 暴露于阳光下的户外活动

请告诉我您暴露于阳光下的户外活动通常有多长时间?

3A.1	您在青少年时(13-19岁), 夏季(5月至9月)里每天上午9点到下午5点:																		
		a. 周一至周五(或上学或上班期间)					b. 周六					c. 周日							
		<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚	<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚	<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚
	3A.1 您通常每天在户外阳光下度过的时间?	<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"/>	<input type="radio"/>
3A.2		a. 周一至周五(或上学或上班期间)					b. 周六					c. 周日							
		从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚	从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚	从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚
	3A.2 当您在户外阳光下, 您经常采取防晒措施吗(如, 戴帽子、穿长袖衣服、擦防晒油或使用遮阳伞等)?	<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"/>	<input type="radio"/>

提供补充说明



3A.3	您在二三十岁(20-39岁)时, 夏季(5月至9月)里每天上午9点到下午5点:																		
		a. 周一至周五(上班期间)					b. 周六					c. 周日							
		<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚	<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚	<0.5小时	0.5- <1小时	1- <2小时	2- <4小时	4小时及以上	不清楚
	3A.3 您通常每天在户外阳光下度过的时间?	<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"/>	<input type="radio"/>
3A.4		a. 周一至周五(上班期间)					b. 周六					c. 周日							
		从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚	从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚	从来没有	>0- <25%的时间	25- <50%的时间	50- <75%的时间	>=75%的时间	不清楚
	3A.4 当您在户外阳光下, 您经常采取防晒措施吗(如, 戴帽子、穿长袖衣服、擦防晒油或使用遮阳伞等)?	<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"/>	<input type="radio"/>

若研究对象小于**40**岁，跳至**3B**部分。

若研究对象**40-49**岁，下面的问题为“您**40**岁以后的夏季里……”

若研究对象大于**50**岁，开始下面的问题。

3A.5	在最近十年里，夏季（5月至9月）里每天上午9点到下午5点： a. 周一至周五（上班期间） b. 週六 c. 周日	<0.5小时	0.5- <1小时	1.-<2 小时	2.-<4 小时	4小时 及以上	不清 楚	<0.5 小时	0.5- <1小时	1.-<2 小时	2.-<4 小时	4小时 及以上	不清 楚	<0.5 小时	0.5- <1小时	1.-<2 小时	2.-<4 小时	4小时 及以上	不清 楚
		3A.5 您通常每天在户外阳光下度过的时间？	<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 当您在户外阳光下，您经常采取防晒措施吗（如，戴帽子、穿长袖衣服、擦防晒油或用遮阳伞等）？	a. 周一至周五（上班期间）					b. 週六					c. 周日							
		从来没有	>0- <25% 的时间	25- <50% 的时间	50- <75% 的时间	>=75% 的时间	不清 楚	从来没有	>0- <25% 的时间	25- <50% 的时间	50- <75% 的时间	>=75% 的时间	不清 楚	从来没有	>0- <25% 的时间	25- <50% 的时间	50- <75% 的时间	>=75% 的时间	不清 楚
		<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"/>	<input type="radio"/>

[提供补充说明](#)



B 使用染发剂

3B.1 您定期使用染发剂或其他头发着色剂染发吗? 是 否 不清楚

若否或不清楚，
跳至3C.1

[提供补充说明](#)

<< >>

如果仍在使
用，跳至 2a, 等。

3B.2 - 更新版

3B.2 对每一时期，询问3B.2a-3B.2f的问题

	a. 您(开始/下一时期)使用染发剂或着色剂的		b. 您使用哪种类型染料，持久的、半持久的或暂时的(见表下的定义描述)?			c. 这类染料的颜色是?	其他颜色	d. 一年使用这种染料几次?	e. 您染发时，是全部染色还是部分染色?		f. 使用这种染料染发停止时?		目前仍使用	清除应答
	年龄	年份	持久的	半持久的	暂时的				全部	部分	年龄	年份		
#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	金黄色	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	红色	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	请选择一个答案	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您是否需要增加其他项目?若是,请点击这里

*类型描述:

1. 持久的: 水反复清洗也无法洗掉, 头发长起来后留有痕迹
2. 半持久的: 6-10次洗发水洗头可以洗掉
3. 暂时的: 1次洗发水洗头可以洗掉

备注: 在CAPI中, 可填写15种染发剂或着色剂产品。

[提供补充说明](#)

<< >>

C. 睡眠时间 & 睡眠质量

我想了解您成年后两个时期内的睡眠习惯和睡眠质量

首先, 在您二三十岁时...

3C.1	您平均每晚睡眠几个小时?	<input type="text"/> 小时
3C.2	您睡眠质量好吗?	<input type="radio"/> 很好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 较差 <input type="radio"/> 很差 <input type="radio"/> 很难说
3C.3	当您二三十岁时, 您通常晚上需要睡眠几个小时才能保证第二天能够精神饱满地参加工作?	<input type="text"/> 小时
3C.4	当您二三十岁时, 您白天有午休的习惯吗? (至少每周午休3天)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

<< >>

若否, 跳至
3C.6

3C.5	您白天平均午休多长时间?	<input type="text"/> 分钟 或 <input type="text"/> 小时
------	--------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

3C.6	您经常 (每星期超过1次) 吃药或补品以助于睡眠吗? 如果是, 是哪一种类型的药或补品?	<input type="radio"/> 是 (说明类型:) <input type="text"/> <input type="radio"/> 否
------	--	--

[提供补充说明](#)

<< >>

若研究对象小于40岁, 跳至3D部分的介绍。

若研究对象40-49岁, 则继续。

若研究对象大于50岁, 则在3C.7介绍中和3C.9中加入“五十岁”。

其次, 当您四十岁及五十岁时...

3C.7	您平均每晚睡眠几个小时?	<input type="text"/> 小时
3C.8	您睡眠质量好吗?	<input type="radio"/> 很好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 较差 <input type="radio"/> 很差 <input type="radio"/> 很难说
3C.9	当您四十及五十岁时, 您通常晚上需要睡眠几个小时才能保证第二天能够精神饱满地参加工作?	<input type="text"/> 小时
3C.10	当您四十岁及五十岁时, 您白天有午休的习惯吗? (至少每周午休3天)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

<< >>

若否, 跳至
3C.12

3C.11	您白天平均午休多长时间?	<input type="text"/> 分钟 或 <input type="text"/> 小时
-------	--------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

3C.12	您经常 (每星期超过1次) 吃药或补品以助于睡眠吗? 如果是, 是哪一种类型的药或补品?	<input type="radio"/> 是 (请说明类型:) <input type="text"/> <input type="radio"/> 否
-------	--	---

[提供补充说明](#)

<< >>

D 经常性体力活动

3D.1 您在**青少年时(13-19岁)**，平均每天有多少小时用于下列活动(工作或休闲)?

	周一至周五(或上学或上班期间)	周六或周日(周末或假日)
睡觉	<input type="text"/>	<input type="text"/>
坐式活动: 开车, 吃饭, 读书, 做家庭作业, 案头工作, 看电视, 听收音机, 缝纫工作, 打牌或打游戏, 办公室工作。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
轻体力活动: 休闲, 轻体力家务劳动, 散步, 个人看护, 站立活动, 跳舞, 瑜伽。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
中等体力活动: 重体力家务劳动; 照顾年幼的弟妹或其他小孩; 轻松的体育活动; 院子里的工作; 平地骑自行车, 太极拳, 气功, 平地行走。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
重体力活动: 务农; 重木工活; 搬运重家具, 装卸卡车, 铲或其他类似的手工劳动; 激烈的体育活动。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
=	0.0	0.0

[提供补充说明](#)

<< >>

3D.2 成年后, 即**20岁后至10年前**, 平均每天有多少小时用于下列活动(工作或休闲)?

	小时/天	
	周一至周五(上班期间)	周六或周日(周末或假日)
睡觉	<input type="text"/>	<input type="text"/>
坐式活动: 开车, 吃饭, 读书, 做家庭作业, 案头工作, 看电视, 听收音机, 缝纫工作, 打牌或打游戏, 办公室工作。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
轻体力活动: 休闲, 轻体力家务劳动, 散步, 个人看护, 站立活动, 跳舞, 瑜伽。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
中等体力活动: 重体力家务劳动; 照顾年幼的弟妹或其他小孩; 轻松的体育活动; 院子里的工作; 平地骑自行车, 太极拳, 气功, 平地行走。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
重体力活动: 务农; 重木工活; 搬运重家具, 装卸卡车, 铲或其他类似的手工劳动; 激烈的体育活动。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
=	0.0	0.0

[提供补充说明](#)

<< >>

若研究对象年龄小于30岁, 询问3D.3lt30

3D.3 20岁后至10年前, 总体来说您的体力活动程度属于下列哪一种?

非常活跃
 中等活跃
 中等不活跃
 非常不活跃

[提供补充说明](#)

<< >>

3D.3lt30 从您成年开始至2年前, 您体力活动的总体强度可以描述为下列哪一种?

非常活跃
 中等活跃
 中等不活跃
 非常不活跃

[提供补充说明](#)

<< >>

E. 食物及饮料

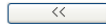
下面我将问您关于饮食和饮料方面的习惯。首先是成年后（一年前且不包含最近的饮食习惯改变），请告诉我您对下面食物的食用或饮用的频率（包括在家里或在外面）

3E.1 ~ 3E.8

成年后，您多久吃/饮一次下列食物？

	从不吃或每年少于一次	每年1次至每月1次	每月1-3次	每周1次	每周2-3次	每周4-6次	每天1次	每天2次	每天3次或以上
绿叶菜，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"/>
新鲜水果	<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，素鸡(豆腐制品)，豆腐干及其它豆制品（非鲜豆腐）	<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"/>
	从不吃或每年少于一次	每年1次至每月1次	每月1-3次	每周1次	每周2-3次	每周4-6次	每天1次	每天2次	每天3次或以上
鲜豆腐	<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"/>
绿豆、红豆及其它干豆	<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"/>
黄豆芽	<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"/>
绿豆芽	<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"/>

[提供补充说明](#)



下面这些茶类及咖啡饮料，请选择您在成年时期（一年前且不包含最近的饮食习惯改变）饮用的频次。我想了解您每次饮用量（包括在家里或外面饮用）。

3E.9 ~ 3E.14 成年后，您多久喝一次下列饮料？

	从不吃或每年少于一次	每年1次至每月1次	每月1-3次	每周1次	每周2-3次	每周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"/>
绿茶	<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"/>
乌龙茶（铁观音）	<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"/>
锡兰茶/斯里兰卡红茶或西式红茶	<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"/>

[提供补充说明](#)

请告诉我您对下面鱼类的食用频次（一年前且不包含最近饮食习惯的改变，包括在家里和外面）

3E.15 ~ 3E.17 首先，成年时期您是否经常吃下列鱼...？

	从不吃或每年少于一次	每年1次至每月1次	每月1-3次	每周1次	每周2-3次	每周4-6次	每天1次	每天2次	每天3次或以上
广东霉香咸鱼	<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"/>
广东实肉咸鱼？	<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"/>
其他类型咸鱼？若是，请说明：									
说明 (1) <input type="text" value="清除选择"/>	<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"/>
说明 (2) <input type="text" value="清除选择"/>	<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 ~ 3E.20	其次，童年时期您是否经常吃下列鱼...?									
		从不吃或每 年少于一次	每年1次至每 月1次	每月1-3次	每周1次	每周2-3次	每周4-6次	每天1次	每天2次	每天3次或以 上
	广东霉香咸鱼	<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"/>
	广东实肉咸鱼?	<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"/>
	其他类型咸鱼? 若是, 请说明:									
	说明 (1) <input type="text" value="清除选择"/>	<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"/>
说明 (2) <input type="text" value="清除选择"/>	<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"/>	

[提供补充说明](#)

<<

>>

F 吸烟

3F.1 您经常（通常每天至少吸1支）吸烟达半年以上吗？ 是 否

若否，跳至3G.1

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.2 您开始吸烟的年龄？ 年龄 或 年

3F.3 您现在经常吸香烟/纸烟/卷烟吗？ 是 否

若是，跳至3F.6

[提供补充说明](#)

若否，跳至3F.4

<< >>

3F.4 您多大年龄时开始戒烟？ 年龄 或 年

3F.5 在您吸烟期间，通常每天吸烟多少支？ ≤10支 11-20支 21-30支 ≥31支

跳至 3F.12

[提供补充说明](#)

<< >>

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

3F.7 早晨起床后多久开始吸第一支烟？ 5分钟内 6-30分钟内 31-60分钟内 60分钟后

3F.8 在禁烟场所（如教堂、图书馆、电影院等），您不吸烟是否感觉很困难？ 是 否

3F.9 您觉得什么时候不吸烟最困难？ 早晨第一支烟 其他时间

3F.10 您早晨起床后吸烟比其他时间吸烟更频繁吗？ 是 否

3F.11 您生病时且整天躺在床上，您仍吸烟吗？ 是 否

[提供补充说明](#)

<< >>

若否，跳至3F.14

3F.12 您现在经常吸水烟袋吗？ 是 否

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.13 您每月吸烟叶多少市两？ 市两/月
(1市两=50克)

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.14 您现在经常吸雪茄吗? 是 否 **若否, 跳至3F.16**

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.15 您每月吸多少支雪茄? 支/月

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.16 您曾经嚼过烟吗? 是 否 **若否, 跳至3G.1**

[提供补充说明](#)

<< >>

3F.17 您嚼烟或曾经嚼烟多少年? 年

3F.18 您嚼(过)哪种烟? (请说明种类)

[提供补充说明](#)

<< >>

G. 饮酒

3G.1 您曾经喝过酒（如：啤酒、米酒、烈性酒）且平均每月超过一次吗？ 是 否

提供补充说明

若否，跳至3H CAPI 备注

<< >>

3G.2 您多大时开始喝酒每月超过一次？ 年龄 或 年份

提供补充说明

<< >>

3Ga.1 a. 您多久喝一次以下的酒类？ 从来不喝到每年少于12次 (转至3G.4)

啤酒类 每月1次到每月4次

至少每周1次或更多，请说明：次/周

3Gb.1 b. 每次喝酒，您平均喝多少？

1 杯/次

2 罐/次

3 小瓶/次

4 大瓶/次

5 市两/次

提供补充说明

如果饮酒少于1瓶或罐，请使用小数（如半瓶，则填写0.5）

<< >>

若从来不，跳至3Ga.2

3Ga.2 a. 您多久喝一次以下的酒类？ 从来不喝到每年少于12次 (转至3G.4)

米酒类 每月1次到每月4次

至少每周1次或更多，请说明：次/周

3Gb.2 b. 每次喝酒，您平均喝多少？

1 杯/次

2 罐/次

3 小瓶/次

4 大瓶/次

5 市两/次

提供补充说明

如果饮酒少于1瓶或罐，请使用小数（如半瓶，则填写0.5）

<< >>

若从来不，跳至3Ga.3

3Ga.3	a. 您多久喝一次以下的酒类? 红葡萄酒	<input type="radio"/> 从来不喝到每年少于12次 (转至3G.4) <input type="radio"/> 每月1次到每月4次 <input type="radio"/> 至少每周1次或更多, 请说明: 次/周 <input type="text"/>
3Gb.3	b. 每次喝酒, 您平均喝多少?	1 <input type="text"/> 杯/次 2 <input type="text"/> 罐/次 3 <input type="text"/> 小瓶/次 4 <input type="text"/> 大瓶/次 5 <input type="text"/> 市兩/次

如果饮酒少于1瓶或罐, 请使用小数 (如半瓶, 则填写0.5)
[提供补充说明](#)

<< >>

若从来不,
跳至3Ga.5

3Ga.5 - 更新版

3Ga.5	a. 您多久喝一次以下的酒类? 白葡萄酒	<input type="radio"/> 从来不喝到每年少于12次 (转至3G.4) <input type="radio"/> 每月1次到每月4次 <input type="radio"/> 至少每周1次或更多, 请说明: 次/周 <input type="text"/>
3Gb.5	b. 每次喝酒, 您平均喝多少?	1 <input type="text"/> 杯/次 2 <input type="text"/> 罐/次 3 <input type="text"/> 小瓶/次 4 <input type="text"/> 大瓶/次 5 <input type="text"/> 市兩/次

如果饮酒少于1瓶或罐, 请使用小数 (如半瓶, 则填写0.5)
[提供补充说明](#)

<< >>

若从来不,
跳至3Ga.4

3Ga.4 - 更新版

3Ga.4	a. 您多久喝一次以下的酒类? 烈性酒(如白兰地)	<input type="radio"/> 从来不喝到每年少于12次 (转至3G.4) <input type="radio"/> 每月1次到每月4次 <input type="radio"/> 至少每周1次或更多, 请说明: 次/周 <input type="text"/>
3Gb.4	b. 每次喝酒, 您平均喝多少?	1 <input type="text"/> 杯/次 2 <input type="text"/> 罐/次 3 <input type="text"/> 小瓶/次 4 <input type="text"/> 大瓶/次 5 <input type="text"/> 市兩/次

如果饮酒少于1瓶或罐, 请使用小数 (如半瓶, 则填写0.5)
[提供补充说明](#)

<< >>

若从来不, 跳至
3H CAPI 备注

CAPI备注: 仅对女性; 男性研究对象跳过IV部分。

H. 生殖生育史

3H.1	第一次来月经是您多大? 若记不清, 请给出年龄范围, 如10-13岁	<input type="text"/> 年龄 或年龄范围 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 从未来过 <input type="checkbox"/> 不清楚
------	------------------------------------	--

[提供补充说明](#)

<< >>

若从未来过月经, 跳至3H.7

3H.5 - 更新版

3H.2	您通常月经周期正常吗? (如果需要, “正常”是指每个月都知道下个周期开始的大约日期)	<input type="radio"/> 一直正常 <input type="radio"/> 大多时候正常 <input type="radio"/> 很不正常
3H.3	通常两次月经开始日的时间间隔? (记录具体数字或范围)	<input type="text"/> 准确天数 或天数范围 <input type="text"/> - <input type="text"/>
3H.4	在正常的月经周期, 通常月经持续几天? (记录具体数字或范围)	<input type="text"/> 准确天数 或天数范围 <input type="text"/> - <input type="text"/>
3H.5	您现在还来月经吗? (注: 即您是否已停经, 若您的月经不再来, 则对该问题的回答应是“否”)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

<< >>

若是, 跳至3H.7

3H.6	若您停止来月经达一年以上, 您开始停经的年龄?	<input type="text"/> 年龄 或年龄范围 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不清楚
------	-------------------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

3H.7	您曾经怀孕过吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
------	----------	--

[提供补充说明](#)

<< >>

若否, 跳至IV部分

3H.8 您共怀孕过几次? 怀孕次数

3H.9 您生的孩子活产有几个? 活产个数

[提供补充说明](#)

<< >>

若怀孕次数为0，跳至IV部分

若活产个数为0，跳至IV部分。若非0，跳至3H.12

3H.10 您第一个孩子出生时您多大? 年龄 或 年

3H.11 您最后一个孩子出生时您多大? 年龄 或 年

3H.12 您曾母乳喂养过您的孩子（或其中一个）吗? 是 否

[提供补充说明](#)

<< >>

若否，跳至IV部分

3H.13 您通常母乳喂养您的孩子（或其中一个）多少个月? 月数

[提供补充说明](#)

<< >>

第IV部份

A. 居住史总览

现在我们有些问题是关于您的居住地。我们从您出生后的第一个住所开始，直到在问题SD.2或SD.3中报告的您现在居住的村庄或城市。请告诉我您居住2年以上的所有的居住地，包括您家庭居住地或其他地方，如寄宿学校，社会福利机构或朋友家。
居住史中请包括现在的住所

4A.1a	您出生后的第一个住所是位于香港、台湾还是中国大陆？（如果是中国大陆，请问这个住所是在农村还是城里？）	<input type="radio"/> 台湾 <input type="radio"/> 香港 <input checked="" type="radio"/> 中国大陆(村庄) <input type="radio"/> 中国大陆(城市) <input type="radio"/> 其他国家 <input type="button" value="清除答案"/>
4A.2	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 若选择了“中国大陆(村庄)”，这些是地址栏： </div>	地址 省(直辖市): <input type="text"/> 行政村: <input type="text"/> 县: <input type="text"/> 自然村: <input type="text"/> 市: <input type="text"/> 邮递区号: <input type="text"/> 乡: <input type="text"/>
4A.1a	您出生后的第一个住所是位于香港、台湾还是中国大陆？（如果是中国大陆，请问这个住所是在农村还是城里？）	<input type="radio"/> 台湾 <input type="radio"/> 香港 <input type="radio"/> 中国大陆(村庄) <input checked="" type="radio"/> 中国大陆(城市) <input type="radio"/> 其他国家 <input type="button" value="清除答案"/>
4A.2	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 若选择了“中国大陆(城市)”，这些是地址栏： </div>	地址 省(直辖市): <input type="text"/> 门牌号(或十字路口/明显标志物): <input type="text"/> 市: <input type="text"/> 邮编: <input type="text"/> 区: <input type="text"/> 街道: <input type="text"/>
4A.3	(开始入住年份)：前面您说您出生日期--，您是在这一年开始住进这个住所吗？ 若是，则填写此年份；若否，则调查清楚研究对象出生时入住的住所	<input type="text"/> 年份
4A.4	(结束年份)：在哪一年或您多大时，您开始搬出该住所？ 如果结束年份与开始年份的间隔小于2年，则请核实并修改住所	<input type="text"/> 年份 或 <input type="text"/> 年龄
		<input type="checkbox"/> 您现在仍然居住在该住所吗？

CAPI提供了可填入总共**10**处童年和成年时住所的空间。

B 童年时期居住史

现在我想询问您在童年时期居住至少2年以上所有住所的特征及居住环境
[提供补充说明](#)

<< >>

住所地址

现在开始了解您出生后的第一个住所的情况，该住所位于
[提供补充说明](#)

<< >>

4B1.1 - 已删除

若家人，跳至
4B1.6

4B1.2 您是与家人同住还是住在其他地方，如寄宿学校，社会福利机构或朋友家？

- 家人
- 寄宿学校
- 社会福利机构
- 朋友家
- 其他

若朋友或其他，
跳至 **4B1.6**

[提供补充说明](#)

<< >>

4B1.3 您每周多少天住在该寄宿学校或社会福利机构？

天数/周

4B1.4 您每年多少个月住在该寄宿学校或社会福利机构？

月数/年

4B1.5 平均来说共有几个人和您共住同一宿舍房间(包括您自己)？

共住该宿舍房间的人数

[提供补充说明](#)

<< >>

更新版

跳至 **4B1.10**
介绍

4B1.6	该住所共有几个房间?	<input type="text"/> 房间数
4B1.7	最多时有多少家人同时住在这个住所内? (包括您自己)	<input type="text"/> 家人数
4B1.8	共有几人和您共住同一卧室? (包括您自己)	<input type="text"/> 共住同一卧室的人数
4B1.9	白天时, 您是在托儿所吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

<< >>

介绍, **4B1.10**

住所地址

下面的问题是关于您童年时该住所家中或户外饲养动物的情况。
[提供补充说明](#)

<< >>

检查此住所是否寄宿学校或社会福利机构。

- 若是(4B1.2 = 2 或3), 跳过问题4B1.11.
- 若否(4B1.2 = 1, 4 或5), 询问问题4B1.10.

4B1.10 - 更新版

4B1.10	该住所起居室内是否至少在 6 个月的大部分时候有狗、猫、鸟或其他动物?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
--------	-------------------------------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

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

[提供补充说明](#)

<< >>

Q4B1.10.1b	b. 最多时室内饲养狗多少只?	<input type="text"/> 狗的数量
Q4B1.10.1c	c. 您多久亲自喂食宠物一次, 或清洗宠物或笼舍及周围卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天

[提供补充说明](#)

<< >>

Q4B1.10.2a 猫 是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至**4B1.10.3a**

Q4B1.10.2b b. 最多时室内饲养猫多少只? 猫的数量

Q4B1.10.2c c. 您多久亲自喂食宠物一次，或清洗宠物或笼舍及周围卫生? 从未
 偶尔
 每天

[提供补充说明](#)

<< >>

Q4B1.10.3a 宠物鸟 是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至**4B1.10.4a**

Q4B1.10.3b b. 最多时室内饲养鸟多少只? 宠物鸟的数量

Q4B1.10.3c c. 您多久亲自喂食宠物一次，或清洗宠物或笼舍及周围卫生? 从未
 偶尔
 每天

[提供补充说明](#)

<< >>

Q4B1.10.4a 其他宠物? 是
 否
 不清楚

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至**4B1.11**

4B1.10.4aO1	其他宠物? (说明 1):	<input type="text"/>
4B1.10.4bO1	最多时饲养多少只?	<input type="text"/> 说明1的数量
4B1.10.4cO1	c. 您多久亲自喂食宠物一次, 或清洗宠物或笼舍及周围卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.10.4aO2	其他宠物? (说明 2):	<input type="text"/>
4B1.10.4bO2	最多时饲养多少只?	<input type="text"/> 说明2的数量
4B1.10.4cO2	c. 您多久亲自喂食宠物一次, 或清洗宠物或笼舍及周围卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天

[提供补充说明](#)

<< >>

4B1.11 - 更新版

4B1.11	您居住在这住所时, 至少 6 个月该住所内或附近 (25 米) 是否还饲养鸡、猪或其他动物来自食或贩卖?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
--------	--	---

[提供补充说明](#)

<< >>

若“否”或“不清楚”，则跳至**4B.1.11.4**部分后的“核查信息说明”

4B1.11.a	饲养哪种动物? ...鸡或母鸡	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
----------	-----------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

若否或不清楚，跳至**4B1.11.2a**

4B1.11.b	b. 最多时室内或室外周围共饲养多少只?	<input type="text"/> 鸡或母鸡个数
4B1.11.c	c. 您多久喂食他们一次, 或清洗圈舍卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.11.d	d. 您曾经屠宰过这些动物吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

<< >>

4B1.11.2a	a. 山羊或绵羊	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
-----------	----------	---

[提供补充说明](#)

若否或不清楚，
跳至**4B1.11.3a**

4B1.11.2b	b. 最多时饲养多少只?	<input type="text"/> 山羊或绵羊个数
4B1.11.2c	c. 您多久喂食他们一次，或清洗圈舍卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.11.2d	d. 您曾经屠宰过这些动物吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

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

[提供补充说明](#)

若否或不清楚，
跳至**4B1.11.4a**

4B1.11.3b	b. 最多时饲养多少只?	<input type="text"/> 猪个数
4B1.11.3c	c. 您多久喂食他们一次，或清洗圈舍卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.11.3d	d. 您曾经屠宰过这些动物吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

更新版

4B1.11.4a	a. 还有大型动物，如马、牛吗？若是，请说明	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不清楚
-----------	------------------------	---

[提供补充说明](#)

若“否”或“不清楚”，
则跳至**4B.1.11.4**部分后的“核查信息说明”

4B1.11.4a01	其他宠物(说明 1):	<input type="text"/>
4B1.11.4b1	说明1的数量(最多时饲养多少只?)	<input type="text"/> 说明1的数量
4B1.11.4c01	c. 您多久喂食他们一次, 或清洗圈舍卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.11.4d01	d. 您曾经屠宰过这些动物吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
4B1.11.4a02	其他宠物(说明2):	<input type="text"/>
4B1.11.4b02	说明2的数量(最多时饲养多少只?)	<input type="text"/> 说明2的数量
4B1.11.4c02	c. 您多久喂食他们一次, 或清洗圈舍卫生?	<input type="radio"/> 从未 <input type="radio"/> 偶尔 <input type="radio"/> 每天
4B1.11.4d2	d. 您曾经屠宰过这些动物吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

核查应答: 检查问题 **Q4A.4** (结束年份)。若此应答表明研究对象小于18岁, 则重复此部分问下一住所。
 若应答者搬出该住所时年龄在**18岁**及以上, 则跳至**Q4C**介绍。

4C1.1 介绍

最长成年时住所 地址1

开始年份

结束年份

现在我想询问您成年时期（18岁之后）居住时间最长的3个住所。根据前面已经完成的居住史表中时间先后顺序，我们会逐一询问这3个住所。我们开始的住所为中的地址（行政村或街道和城市），中的开始年份和中的结束年份。这些问题与前面童年时期住所的问题是不同。

4C1.1	您住的村子里大约有多少人口？	<input type="radio"/> ≤999 <input type="radio"/> 1,000-9,999 <input type="radio"/> 10,000-99,999 <input type="radio"/> 100,000-499,999 <input type="radio"/> ≥500,000
-------	----------------	---

[提供补充说明](#)

<< >>

若500,000及以上，
跳至 4C1.3

4C1.2	在该住所是否种植农作物或饲养动物？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	-------------------	--

[提供补充说明](#)

<< >>

4C1.3	该住所室内有厕所吗？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	------------	--

4C1.4	该住所室内使用电吗？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	------------	--

4C1.5	该住所室外有燃烧垃圾的地方吗？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	-----------------	--

4C1.6	该住所主要饮用水源是…？	<input type="radio"/> 城市供水（自来水厂或市政供水） <input type="radio"/> 村井水（公用水井） <input type="radio"/> 自家井水（独自使用水井） <input type="radio"/> 河道水或沟渠水 <input type="radio"/> 商店购买的桶装水 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>
-------	--------------	--

4C1.7	该住所室内有蓄水瓶或蓄水池吗？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	-----------------	--

[提供补充说明](#)

<< >>

4C1.8	该住所室内需要供暖吗?	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
-------	-------------	--

[提供补充说明](#)

若否，跳至
4C1.10

4C1.9	家中取暖通常使用的燃料是…?	<input type="radio"/> 煤气，天然气 <input type="radio"/> 电 <input type="radio"/> 煤油 <input type="radio"/> 煤 <input type="radio"/> 木柴 <input type="radio"/> 其他燃料 (说明): <input type="text"/>
-------	----------------	---

[提供补充说明](#)

4C1.12 - 更新版

4C1.10	家中做饭通常使用的燃料是…?	<input type="radio"/> 煤气，天然气 <input type="radio"/> 电 <input type="radio"/> 煤油 <input type="radio"/> 煤 <input type="radio"/> 木柴 <input type="radio"/> 其他燃料 (说明): <input type="text"/> <input type="radio"/> 不适用 (如果住所内不做饭)
4C1.11	家中经常用油炒菜吗?	<input type="radio"/> ≤1次/月 <input type="radio"/> 1次/周 <input type="radio"/> 2-3次/周 <input type="radio"/> 1次/天 <input type="radio"/> ≥2次/天
4C1.12	住在该住所期间，室内是否曾翻新过？包括室内粉刷或房间重新布局（即拆墙、加墙、增加居室等）	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

若否，跳至
以下介绍栏

4C1.13	您居住在该住所期间，家中是否曾经粉刷过？若是，在您居住期间室内共粉刷过多少次？	<input type="radio"/> 是: (次) <input type="text"/> <input type="radio"/> 否
4C1.14	您居住在该住所期间，室内房间是否重新布局，包括拆墙、加墙、增加居室等？	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

[提供补充说明](#)

重复此部分，开始下一个最长成年住所。

5A.1	现在请估计去年您全家的年总收入?	<input type="text"/> <input type="radio"/> TWS <input type="radio"/> HKS <input type="radio"/> RMBS
5A.1b	最后一个问题是, 在上世纪90年代中期您全家年总收入大约为多少?	<input type="text"/> <input type="radio"/> TWS <input type="radio"/> HKS <input type="radio"/> RMBS
VI.1	对被调查者回答问题的可靠性进行打分评价	<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	被调查者感到不舒服吗?	<input type="radio"/> 是(请在下面提供评论) <input type="radio"/> 否
VI.6	写下您对调查的评论	<input type="text"/>
完成日期	完成日期	<input type="text" value="24"/> (日) <input type="text" value="2"/> (月) <input type="text" value="2012"/> (年)

[提供补充说明](#)



我们的调查到此为止, 非常感谢您的配合。
 请点击本页上方的按钮停止录音。
 更新您追踪表中CAPI的完成状态。

[提供补充说明](#)

