



许可证号：国统涉外证字第 0542 号
 批准机关：国家统计局
 批准文号：国统涉外审字【2011】0008 号
本调查属于自愿性访问

全国老年健康影响因素跟踪调查 65 岁及以上老人问卷（2011）

关于被访者个人信息保密的保证：我们将对本次调查搜集的所有个人信息严格保密。您的姓名和地址记录仅用于今后随访联系之用。输入电脑的调查数据文件将不包括任何个人的姓名和地址。因此，任何人也不可能从电脑调查数据文件中辨识任何被访者。所有问卷将封存在资料仓库中。

问卷序号

省（市）编码

县（区）编码

被访老人的年龄组分类

A. 百岁老人 B. 90-99 岁老人 C. 80-89 岁老人 D. 65-79 岁老人

被访老人姓名：_____

被访老人现住址：_____省_____市_____县/区_____乡/街道

（村，组）门牌号码_____

现邮政编码：

联系电话：_____

联系人：_____

村/居委会联系电话：_____

村/居委会主任：_____

访问日期		访问时间		无法完成调查的原因			
月	日	开始	结束	1. 拒访	2. 死亡	3. 迁移	4. 其他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

访问员_____月_____日 县级审核_____月_____日

省级审核员_____月_____日 省级项目负责人：_____月_____日

国家一审_____月_____日 国家复核_____月_____日

知情同意书

亲爱的女士（或先生）_____：

我们诚邀您参加关于旨在综合交叉研究健康长寿影响因素相互作用机制的“全国老年健康影响因素跟踪调查”。这一调查由北京大学联合中国疾病预防控制中心等有关单位学者组成的联合攻关团队组织实施。本项研究的目的在于更好地理解影响人类健康长寿的社会、行为、环境与生物学因素，为科学研究、老龄工作与卫生健康政策提供信息依据。如果您同意参加本研究，调查员将询问您关于家庭结构、婚姻、日常生活自理能力、生活习惯、社会活动、疾病与健康的状况等。访谈将持续 1.5 小时左右。如果您不能接受访谈，您可以让您的配偶、孩子或其他亲属代表您回答。

本项目仅以科研为目的。特别要指出的是，您的姓名、地址和电话仅供下次跟踪调查时与您联系之用，只有极少数科研数据资料管理人员知晓，而且这几位科研数据资料管理人员将书面签字承诺为您的个人信息绝对保密的责任。用于科学研究的数据文件绝对不会包括您的姓名、地址和电话等任何可以用于识别个人的信息。因此，没有任何人可以在用于科学研究的数据中识别哪些是您的个人信息。如果您有任何问题，请向本研究的负责人或与本研究相关的工作人员咨询。

我们完全尊重您是否参与的意见。如果您同意，请您在本征询意见书的最后签署您的名字。如果您自愿参加但不能签字，请您的亲属代签。您有什么疑问，可向访问员询问或直接写信（或打电话）与我们联系（电话号码和通讯地址列在下面）。衷心感谢！

此致

敬礼！

北京大学健康老龄与发展研究中心

中国疾病预防控制中心

2011 年 月 日

联系地址与联系人：

中国疾控中心慢病社区处，北京市昌平区昌百路 155 号，邮编：102206，
电话：010-58900219，传真：010-58900247，联系人：殷召雪

“我已经阅读过这封信并且理解了其中的内容，我同意参加‘全国老年健康影响因素跟踪调查’。我得到了这封信的一份副本。我知道即使我现在同意参加此研究，我仍然拥有在任何时间改变主意的权利。”

_____ (签字)

A、核实被访问老人是否确实参加过 2008 年（或 2009 年）的老年健康调查

您是否在 2008 年（或 2009 年）接受过“中国老年健康影响因素”调查研究项目的调查员的问卷访谈？

1. 是； 2. 否

调查员请注意：您也可帮助老人回忆。2008 或 2009 年的访谈内容包括询问您的基本情况，日常生活能力，自我感觉健康状况和患慢性病情况，以及一些诸如从地上捡起一本书，从坐在椅子上不需搀扶或倚靠任何物体而站起来的基本测试，等等。如果经反复提示，老人和家属仍然反映该老人没有参加过 2008 年（或 2009 年）的老年健康调查，则在上面问项 A 答案处写上“不能确认”，而访谈继续进行。

被访老人原始编码

B、被访老人现居住地 1. 城市 2. 镇 3. 乡

C、被访老人的确认年龄（调查员在调查结束时，填完第 25 页的 H5 问项后，最后予以确认）

访问员请注意：

1. 有*标记的问题必须由被访老人自己回答，不得由他人代答。
2. 没有*标记的问题尽可能由被访老人自己回答。如被访老人无法回答，可由其家属、邻居或敬老院工作人员等人代答。如无人能回答，请在右边空白处注明原因。若他人代答请在第三栏的 ○ 内划 X。
3. 关于各问项的定义、说明、如何进行基本体检测试等，详见调查员手册。

(提示: 一般情况下, 对于无能力回答、无法回答、不知道、拒绝回答的, 应首先用文字注明, 并在选项编码框中填写 8、88... 依此类推; 不适用的也应首先用文字注明, 并在选项编码中填写 9、99... 依此类推, 补齐码位。因跳问的原因而跳过没问的问题, 在相应选项编码框中划横线。凡是选择“其他”的选项, 均需用文字注明具体情况。特殊情况见该问题具体要求。)

A 基本状况		编码
A1 性别:	1. 男 2. 女	<input type="checkbox"/>
请根据受访名单上信息核实老人性别	1. 与名单上相同; 2. 与名单上不一样	<input type="checkbox"/>
<i>A2、A3 关于老人民族、年龄, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>		
A3-1 请根据受访名单上信息核实老人属相: 属相: 1.鼠 2.牛 3.虎 4.兔 5.龙 6.蛇 7.马 8.羊 9.猴 10.鸡 11.狗 12.猪	1. 与名单上相同; 2. 与名单上不一样 属相: _____ 其属相对应的阳历出生年份_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A3-2 请根据受访名单上信息核实老人的出生日期(必须问清出生月份):	1. 与名单上相同; 2. 与名单上不一样 阴历: _____年____月 阳历: _____年____月	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>A4-1, A4-2, A4-3 关于出生地的三个问题, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>		
A5-1 您现在与谁住在一起?	1. 家人 2. 独居 (跳问 A5-3.0) 3. 养老院 (跳问 A5-4.0)	<input type="checkbox"/>
A5-2 与您同住的有多少人(不包括您本人)?	_____人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A5-3 请列出与您一起居住的住户成员的一些有关情况。(如不知年龄, 填 888)	与老人关系	性别	年龄	受教育程度	平均每天在家吸烟量		
项目选项: 与老人关系: 0.配偶 1. 子女 2. 子女配偶 3. 孙子女 4. 孙子女配偶 5. 重孙子女 6. 兄弟姐妹 7. 父母或岳父母 8. 其他 (请注明) ____ 性别: 1. 男 2 女 年龄: 如不知道, 填 888 受教育程度: 0. 未上过学 1. 小学未毕业 2. 小学 3. 初中 4. 高中 5. 大专及以上 每天在家吸烟量: 如不知道, 填 88 本题因篇幅限制没有编码框, 请访问员在相应空格中填写选项序号或在“____”上填写具体数字, 务必字迹清晰。			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
			____岁		____支		
A5-3.0 您现在的住房是买/自建/继承/单位分配/租/借住的?	1. 买的 2. 自建的 3. 继承的 4. 单位分的 5. 租借的 6. 其他				<input type="checkbox"/>		
A5-3.1 您家现在的住房是以谁的名义购买/自建/继承/单位分配/租/借住的;	1. 本人或配偶 2. 子女 3. 孙子女 4. 其他亲属 5. 其他				<input type="checkbox"/>		
A5-3.2 您(您及配偶)现在是否有单独的卧室?	1. 有 2. 没有				<input type="checkbox"/>		
A5-3.3 您当前的住房属于哪种类型?	1 独门独院的房舍 2. 二家、三家或更多家户连在一起的平房 3. 1-3 层的公寓 4. 4 层或以上的公寓 (无电梯) 5. 4 层或以上的公寓 (有电梯) 6. 可移动的住家 (包括房车和渔船上的住家) 7. 其他				<input type="checkbox"/>		
A5-3.4 您当前的住房建造于哪一年?	建于 _____ 年			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5-3.5 过去一年内, 您家中是否出现过漏雨、被水淹或水管破裂 (如有水管的话) 的情形?	1 是 2 否 8 不知道				<input type="checkbox"/>		
A5-3.6 您房子里是否经常有股霉味?	1 是 2 否				<input type="checkbox"/>		

A5-3.7 您家通常用哪种方式煮饭?	0 从不煮饭 1 管道天然气 2 煤气 3 电磁炉等电器 4 煤油 5 煤碳 6 木炭 7 太阳能 8 柴草 8 其他, 请注明	<input type="checkbox"/>
A5-4.0 您住养老院的主要原因?	1 没有子女或者子女无法在身边照顾自己 2 不想麻烦子女 3 没有自己的房子, 但想与子女分开住 4 可以和其他老人多交流 5 其他原因_____	<input type="checkbox"/>
A5-4.1 您在这些机构中, 现在的每月费用平均为多少?	_____元 (超过1万元: 9998)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A5-4.2 这些费用主要由谁支付?	1.自己 2. 配偶 3.子女或其配偶 4. 孙子女或其配偶 5. 国家/集体 6. 其他	<input type="checkbox"/>
A5-4 您是从什么时候开始独居或住养老院的?	阳历: _____年____月	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* B 对现状的评价及性格特征 (此部分问题在提示选项后必须由老人亲自回答)		编码
* B1 对现状的评价		
*B1-1 您觉得您现在的生活怎么样?	1. 很好 2.好 3. 一般 4. 不好 5. 很不好 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B1-2 您觉得现在您自己的健康状况怎么样?	1. 很好 2. 好 3. 一般 4. 不好 5. 很不好 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B1-2.1 过去一年来您觉得您的健康状况有没有改变?	1. 好多了 2. 好一些 3. 没变 4. 差一些 5. 差多了 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
* B2 性格特征		
*B2-1 不论遇到什么事您是不是都能想得开?	1. 很想得开 2. 想得开 3. 一般 4. 想不开 5. 很想不开 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>

*B2-2 您是不是喜欢把东西弄得干净、整洁?	1. 很喜欢 3. 一般 5. 很不喜欢	2. 喜欢 4. 不喜欢 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-3 您是不是经常感到紧张、害怕?	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-4 您是不是经常觉得孤独?	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-5 您自己的事情是不是自己说了算?	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-6 您是不是觉得越老越不中用?	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-7 您是不是觉得与年轻时一样快活? (回答“比年轻时还快活”的, 则选“1”)	1. 一样 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-8 过去一年中, 您是否至少有两个星期一直感到难过或压抑?	1 是 8 无法回答	2 否	<input type="checkbox"/>
*B2-9 过去一年中, 您是否至少有两个星期对业余爱好、工作或其他您通常感到愉快的活动丧失兴趣?	1 是 8 无法回答	2 否	<input type="checkbox"/>
如果 B2-8 与 B2-9 都回答“否”, 跳至 C 部分 如果 B2-8 或 B2-9 回答“是”, 继续回答 B2-10			
*B2-10 这种难过、压抑或干什么都提不起兴趣的状态 每天大概持续多久?	1 一整天 2 一天中大部分时间 3 大概半天 4 少于半天 8 无法回答		<input type="checkbox"/>

* C1 一般能力 (此部分问题必须由老人亲自回答)			编码
*C1-1 现在是什么时候, 上午, 中午, 下午, 还是晚上?	1. 对 0. 错	8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*C1-2 现在是几月份 (阴历、阳历均可)?	1. 对 0. 错	8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*C1-3 中秋节是阴历几月几日?	1. 对 0. 错	8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*C1-4 现在是什么季节, 是春天、夏天、秋天、还是冬天?	1. 对 0. 错	8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*C1-5 这个区或乡的名字是什么? (对不是常住此地的被访老人, 可让被访老人回答他原居住地的乡或区的名称。)	1. 对 0. 错	8. 无法回答	<input type="checkbox"/>

*C1-6 请您告诉我人能吃的东西有哪些, 尽可能多数。(用一分钟时间)	_____个	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* C2 反应能力 (此部分问题必须由老人亲自回答)		编码
<p>*C2-1 我现在说三样东西的名字: 桌子, 苹果, 衣服</p> <p>请您按顺序重复这些东西的名字:</p> <p style="padding-left: 40px;">桌子</p> <p style="padding-left: 40px;">苹果</p> <p style="padding-left: 40px;">衣服</p> <p>注: 若老人的第一次回答有错, 需再次向老人说上述三样东西的名称再请老人重复, 直到完全正确为止。(最多可重复 6 次, 若重复 6 次仍不正确填 7)。</p> <p>C2-2 重复次数。(第一次完全正确填 0)</p>	<p>第一次回答正确的有(对每一样东西的回答单选):</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>_____次</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
* C3 注意力及计算能力 (此部分问题必须由老人亲自回答)		编码
<p>*C3-1 如果有 20 元钱, 花了 3 元, 请您说出还剩多少元?</p> <p>再花 3 元, 还剩多少元?</p> <p>再花 3 元, 还剩多少元?</p> <p>再花 3 元, 还剩多少元?</p> <p>再花 3 元, 还剩多少元?</p> <p>注: 如果老人忘了上一个数, 可以告诉他(她)上一个数是什么以便继续进行。但这次即使答对了, 也算错, 再后面答对了则算对。如果老人上一个数答错了, 但下一个数在错数的基础上减 3 的得数是对的, 则算对。</p>	<p>(每项单选)</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>*C3-2 请老人画出 B 卡上的图形。</p> <p>注: 若所有的边角都正确, 并且中间部分是个四边形算对。</p>	<p>1. 对 0. 错</p> <p>8. 不会用笔/从未画图</p> <p>9. 无法做(功能障碍)</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
* C4 回忆 (此部分问题必须由老人亲自回答)		编码
<p>*C4-1 请您说出我刚才要您重复的三样东西是什么?</p> <p style="padding-left: 40px;">(桌子)</p> <p style="padding-left: 40px;">(苹果)</p> <p style="padding-left: 40px;">(衣服)</p> <p>注: 不管顺序, 只要说对名称即可。</p>	<p>(对每一样东西单选)</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p> <p>1. 对 0. 错 8. 无法回答</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

* C5 语言, 理解与自我协调能力 (此部分问题必须由老人亲自回答)		编码
*C5-1 用手指向笔, 然后再指手表, 分别问被访老人: “这是什么?” 笔 手表	(对每一种单选) 1. 对 0. 错 8. 无法回答 1. 对 0. 错 8. 无法回答	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*C5-2 请您重复我下边说的这句话: “种瓜得瓜, 种豆得豆。”	1. 对 0. 错 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*C5-2a 请您念一念下面这句话: “闭上您的双眼” , 并且按照这句话的意思去做。	1. 对 0. 错 8. 无法回答 9. 老人无文化而无法念这句话; 所以, 此问项不适用	<input type="checkbox"/>
*C5-2b 请您在这里写一个完整的句子, 要有主语, 有动词, 有意义。	1. 对 0. 错 8. 无法回答 9. 老人无文化而而无法写句子; 所以, 此问项不适用	<input type="checkbox"/>
*C5-3 访问员递给老人一张纸, 同时说: 请您用右手拿这张纸, 用您的双手将纸对折, 放在地上。 (不要重复要求, 不要提供任何帮助。注意动作是否正确。) 右手拿 对折 放在地上	(注: 对每一个动作单选。) 1. 对 0. 错 8. 无法完成 1. 对 0. 错 8. 无法完成 1. 对 0. 错 8. 无法完成	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
下 C5-4 和 C5-5 由访问员填写 C5-4 被访老人能否回答以上 B 和 C 两大类所有的问题? C5-5 若不能或部分能, 请说明主要原因: (单选)	1.能 (跳问 D1) 2.不能 3.部分能 1. 视觉障碍, 但能听见 2. 听觉障碍, 但能看见 3. 视觉、听觉障碍 4. 瘫痪 5. 不合作 6. 痴呆, 不能理解问题 7. 生病, 不能接受访问 8. 不理解问题 9. 其他原因 (请说明): _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

D 生活方式			编码
D1 您现在的主食以什么为主? (单选)	1. 大米 2. 杂粮 3. 面粉 4. 大米、面粉各半 5. 其他(请注明_____)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D2 您每天平均吃多少主食:	_____两	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D3-1 您是否经常吃新鲜水果?	1.每天/几乎每天吃 2.经常吃 3.有时吃 4.很少或从不吃	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D3-2 您是否经常吃新鲜蔬菜?	1.每天/几乎每天吃 2.经常吃 3.有时吃 4.很少或从不吃	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D3-3 您家平时做菜最常用的油是	1. 植物油 2. 芝麻油 3. 猪油 4. 其他动物油	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D3-4. 您的口味	1. 清淡 2. 偏咸 3. 偏甜 4. 喜食辣椒 5. 喜食生冷 6. 没有以上习惯	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D4 您现在是否经常食用:			
1. 几乎每天吃;	肉类	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. 不是每天, 但每周至少吃一次;	鱼等水产品	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3. 不是每周, 但每月至少吃一次;	蛋类	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4. 不是每月, 但有时吃;	豆制品	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5. 很少吃或从不吃	腌咸菜或泡菜	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	白糖或糖果	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	茶	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	大蒜	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	奶制品类(牛奶、奶粉、酸奶、冰淇淋等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	坚果(花生/核桃/栗子/瓜子等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	菌藻类(蘑菇, 木耳, 银耳, 海带, 紫菜等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	维生素(A, C, E, 钙片等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	中药类补品(人参, 黄芪, 枸杞子, 当归等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D5 平时您习惯喝什么样的水?	1. 烧开过的水 2. 生水	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D6.1-D6.2 老人过去饮用水状况,, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			

D6 您现在的饮用水主要是什么(单选)	1.井水 2.河水或湖水 3.泉水 4.塘水 5.自来水(含纯净水等)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D7-1 您现在吸烟吗?	1. 是 2. 否(跳问 D7-8)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<i>D7-2 老人过去吸烟与否, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>			
<i>D7-3 老人过去吸烟起始年龄, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>			
D7-5 您现在平均每天吸多少烟?	___ 支 如果不知道, 则填写 88	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (此处填写吸烟的"支数", 选项序号在选项处用圆圈 表明。)
D7-6 您早上醒来大概多久之后抽 第一支香烟?	1 睡醒后 5 分钟内 2 睡醒后 6-30 分钟 3 睡醒后 31-60 分钟 4 睡醒后 60 分钟以后	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
*D7-7 与不抽烟的同龄老年人相 比, 您认为自己患肺癌的可能 性:	1 比他们小得多 2 比他们小一些 3 和他们差不多 4 比他们大一些 5 比他们大得多 8 不知道	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D7-8 您童年时, 与您一起居住的其 他人(家人或者非家人)中是 否有人抽烟?	1 是 2 否 8 不知道 如果是, 大概每天___小时, 持 续了___年	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D7-9 您年轻时期或中年时期, 与您 一起居住的其他人(家人或者 非家人)中是否有人抽烟?	1 是 2 否 8 不知道 如果是, 大概每天___小时, 持 续了___年	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D7-10 您去一些社会场所(比如餐馆 或朋友家)时, 与您在一起的 其他人中是否有人抽烟?	1 是 2 否 8 不知道 如果是, 大概平均每天___小时, 持续了___年	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D8-1 您现在常喝酒吗?	1. 是 2. 否(跳问 D9-1)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<i>D8-2 老人过去喝酒吗与否, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>			
<i>D8-3 老人过去开始喝酒年龄, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>			
D8-5 您最近三年主要喝什么酒? (单选)	1. 高度白酒(38°或以上) 2. 低度白酒(38°以下) 3. 果酒 4. 米酒 5. 啤酒 6. 其它	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D8-6 您最近三年平均每天喝多少 两酒?	_____ 两	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(酒精依赖性) D8-7 如果您停止或减少喝酒, 是否 至少有一天, 其中每天的多数 时间感觉焦虑?	1 是 2 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

D9-1 您现在是否经常锻炼身体? (指有目的的健身活动, 如散步, 打球, 跑步, 气功等。)	1. 是 2. 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D9-2 老人过去锻炼与否, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
D9-3~D9-4 老人过去锻炼身体起止年龄, D10-1~ D10-3 过去从事体力劳动与否以及起止年龄, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
D11 您现在从事/参加以下活动吗? (D11-1~D11-8 请从旁边的频次选项中选择答案)	1. 几乎每天; 2. 不是每天, 但每周至少一次; 3. 不是每周, 但每月至少一次; 4. 不是每月, 但有时; 5. 不参加		
D11-1 家务 (做饭, 带小孩等)	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-2 个人的户外活动 (个人进行的活动)	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-3 种花养宠物	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-4 阅读书报	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-5 饲养家禽、家畜	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-6 打牌或打麻将等	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-7 看电视听广播	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-8 参加社会活动 (有组织的活动)	1 2 3 4 5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D12 近两年里您外出旅过多少次?	_____次(未外出旅游的填 00)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E 日常活动能力 (每项回答单选)		编码	
E0. 在最近 6 个月中, 您是否因为健康方面的问题, 而在日常生活中受到限制?	1 是的, 受到很大限制 2 是的, 一定程度上受到限制 3 没有受到限制	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E1 您洗澡时是否需要他人帮助 (包括擦洗上身或下身)?	1. 不需要任何帮助 (跳到 E2) 2. 某一部位需要帮助 3. 两个部位以上需要帮助	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E1-0 若洗澡需要他人帮助, 这种帮助持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E2 您穿衣时是否需要他人帮助 (包括找衣和穿衣)?	1. 自己能找到并穿上衣服, 无需任何帮助 (跳到 E3) 2. 能找到并穿上衣服, 但自己不能穿鞋 3. 需要他人帮助找衣或穿衣	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

E2-0 若穿衣需要他人帮助, 这种帮助持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E3 您上厕所大小便时是否需要他人帮助 (包括便后洗手、解衣穿衣, 包括在房间中用马桶大小便。)?	1. 完全能独立, 无需帮助 (跳到 E4) 2. 能自己料理, 但需要他人帮助 3. 卧床不起, 只能在床上由他人帮助使用便盆等	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E3-0 若上厕所需要他人帮助, 这种帮助持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E4 在室内活动时您是否需要他人帮助 (室内活动指上下床、坐在椅子或凳子上或从椅子或凳子上站起来)?	1. 无需帮助, 可用辅助设施 (跳到 E5) 2. 需要帮助 3. 卧床不起	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E4-0 若室内活动需要他人帮助, 这种帮助持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E5 您是否能控制大小便?	1. 能控制大小便 (跳到 E6) 2. 偶尔/有时失禁 3. 使用导管等协助控制或不能控制	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E5-0 若大小便失禁或不能控制, 这种状态持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E6 您吃饭时是否需要他人帮助? (吃饭无需帮助是指吃饭时不需他人帮助, 自己能独立进餐。)	1. 吃饭无需帮助 (跳到 E6-1) 2. 能自己吃饭, 但需要一些帮助 3. 完全由他人喂食	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E6-0 若吃饭需要他人帮助, 这种帮助持续了多少天?	_____ 天	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
访问员注意: 若 E1 至 E6 全部无需他人帮助, 跳问 E6-7			
E6-1 您目前在 E1、E2、E3、E4、E5、E6 六项日常活动中需要他人帮助时, 谁是主要帮助者? (单选)	01. 配偶 02. 儿子 03. 儿媳 04. 女儿 05. 女婿 06. 儿子和女儿 07. 孙子女 08. 其他亲属朋友 09. 朋友邻里 10. 社会服务 11. 保姆 12. 无人帮助 (跳问 E6-6)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E6-2 您认为您的主要照料者在照料过程有以下表现吗? (单选)	1. 愿意 2. 不耐烦 3. 力不从心 4. 不情愿 8. 不知道	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E6-3 近一个星期, 这些照料所支付的费用 (如人工、物品等直接费用) 总计是多少元?	_____ 元 (超过 10 万: 请填写 99998)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E6-4 这些费用主要由谁支付? (单选)	1. 自己 2. 配偶 3. 子女或其配偶 4. 孙子女或其配偶 5. 国家/集体 6. 其他	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E6-5 您认为您目前在 E1、E2、E3、E4、E5、E6 六项日常活动中得到的这些帮助能够满足您的需要吗?	1. 完全满足 2. 基本满足 3. 不满足	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

E6-7 近一个星期以来, 您的子女/孙子及其他亲属为您提供日常照料帮助的总小时数有多少?	_____小时	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E7 您能否独自到邻居家串门?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E8 您能否独自外出买东西?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E9 如果需要您是否能独自做饭?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E10 如果需要您是否能独自洗衣服?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E11 您能否连续走 2 里路?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E12 您能否提起大约 10 斤 (5 公斤) 重的东西?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E13 您能否连续蹲下站起三次?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
E14 您能否独自乘坐公共交通工具出行?	1.能 2.有一定困难 3.不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

F 个人背景及家庭结构		编码
<i>F1 老人受教育年限与F2 老人以往职业, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>		
F2-1 您是否享受离/退休制度?	1.退休 2.离休 3.否(跳问 F2-4)	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
F2-1.1 您是否已离/退休?	1.退休 2.离休 3.否(跳问 F2-4)	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
F2-2-0 如果已离/退休, 您是哪一年离/退休的?	_____年	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F2-2-1 如果已离/退休, 您每月的退休金是多少?	_____元	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F2-3 离/退休后您是否继续从事有收入的工作或劳动?	1.是 2.否	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
<i>对于享受离/退休制度的老人, 跳问 F3-1</i>		
F2-4 您是否参加养老保险?	1 是; 2 否 (跳问 F2-7)	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
F2-5 如您参加养老保险, 您每年个人缴费和集体、国家补贴各多少元? 您是哪年哪月参加的?	个人_____元, 国家、集体_____元, ____年__月开始参加养老保险	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F2-6 现在每月领取养老金	_____元 (跳问 F3-1)	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F2-7 如未参加养老保险, 原因是:	1 不合算; 2 无必要; 3 缴不起; 8 不知道	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>

F3-1 您现在主要的生活来源是什么？（单选）	1. 退休金 2. 配偶 3. 子女 4. 孙子女 5. 其他亲属 6. 当地政府或社团 7. 自己劳动或工作 8. 其他（请注明）_____	○	<input type="checkbox"/>
F3-2 除上述主要生活来源以外，您现在其他的生活来源是： （限选五项）	01. 退休金 02. 配偶 03. 子女 04. 孙子女 05. 其他亲属 06. 当地政府或社团 07. 自己劳动或工作 08. 其他（请注明）_____ 09. 没有其他来源	○	第一 第二 第三 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 第四 第五 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F3-3 您所有的生活来源是否够用？	1. 够用 2. 不够用	○	<input type="checkbox"/>
F3-4.0 您在家庭中的开支决定能否作主的情况是：	0. 一些主要家庭开支由我做主 1. 几乎所有家庭开支都是由我做主 2. 一些非主要家庭开支由我做主 3. 只能对自己的开支做主 4. 对任何开支均不能做主 8. 不知道	○	<input type="checkbox"/>
F3-4 您的生活在当地比较起来，属于：	1. 很富裕 2. 比较富裕 3. 一般 4. 比较困难 5. 很困难 8. 未回答	○	<input type="checkbox"/>
F3-5 您们全家去年全年总收入是多少？	_____元 （超过10万元：99998）	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F4-1 您现在的婚姻状况是：	1. 已婚，并与配偶住在一起 2. 已婚，但不与配偶住在一起 3. 离婚， 4. 丧偶 5. 从未结过婚（跳问 F4-1b）。	○	<input type="checkbox"/>
F4-1a 从2008-2009年调查至今，您是否经历过下列婚姻状态变动： 配偶去世__ 离婚__ 再婚__	1 是 2 否 如果是，在____年__月丧偶 1 是 2 否 如果是，在____年__月离婚 1 是 2 否 如果是，在____年__月再婚	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
（如老人已婚而且配偶存活，跳问 F4-6） F4-1b 您目前是否有虽未正式结婚，但在一起居住生活的老伴？	1 是 2 否 如果否，则跳问 F5	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	如果是，从____年__月开始在一起居住生活		
<i>F4-2 老人过去结婚次数, F4-3 婚姻史, F4-4 配偶受教育年限以及 F4-5 配偶以往职业, 因属于固定不变特征, 随访不再询问</i>			
F4-6 您老伴目前有工作吗? (包括从事农业劳动)	1. 有, 全职; 2. 有, 半职 3. 没有	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> (离婚或丧偶者均填9)
F4-7 您老伴(如再婚指最后一个老伴)目前的健康状况	1. 很好 2. 好 3. 一般 4. 不好 5. 很不好	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> (离婚或丧偶者均填9)
F5 目前, 当您身体不舒服时或生病时主要是谁来照料您? (单选)	01.配偶 02.儿子 03.儿媳 04.女儿 05.女婿 06.儿子和女儿 07. 孙子女 08. 其他亲属 09. 朋友邻里 10. 社会服务 11.保姆 12.无人帮助	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F6-1 如果您生重病, 请问能及时到医院治疗吗?	1. 能(跳问F6-4) 2. 不能	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F6-1.0 您患重病不去医院的原因是: (单选)	1. 没钱 2. 路途远 3. 行动不便 4. 无人陪伴 5. 不愿意 6. 其他(请注明)_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<i>F6-2~F6-3 老人以往医疗服务可及性, 因属于固定不变特征, 随访不再询问。</i>			
F6-4 您目前有哪些社会保障和商业保险? (在各项保障和保险对应的方框内选择: 0. 没有; 1. 有)	1. 退休金 2. 养老金 3. 商业养老保险 4. 公费医疗 5. 城镇职工医疗保险 6. 城镇居民医疗保险 7. 新型农村合作医疗保险 8. 商业医疗保险 9. 其他(请注明)_____	<input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
F6-5.1 您过去一年实际花费的 <u>门诊医疗费用</u> (包括挂号、各种门诊检查、药物、各种门诊治疗和其他所有非住院医疗开支)总计多少元?	_____元(超过10万元, 请填写99998) 其中, 家庭支付的费用(包括自己、配偶、子女等)为_____元	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F6-5.1-a 您过去一年实际花费的 <u>住院医疗费用</u> (包括住院以后的各种检查、手术和非手术治疗、药物、陪护、住院费等。不包括自己和家人的交通费、医院外住宿费和饮食费)总计多少元?	_____元(超过10万元, 请填写99998) 其中, 家庭支付的费用(包括自己、配偶、子女等)为_____元	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

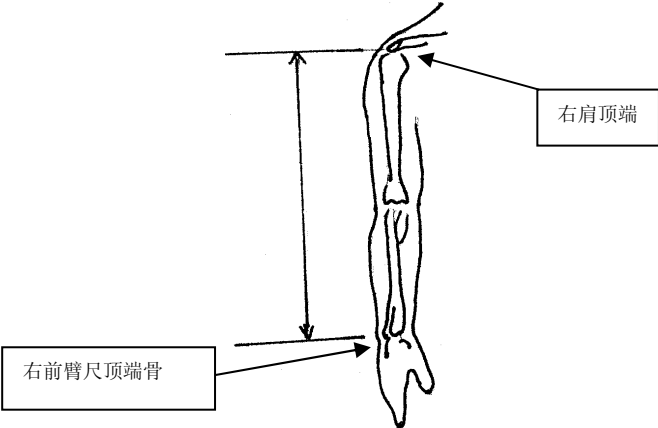
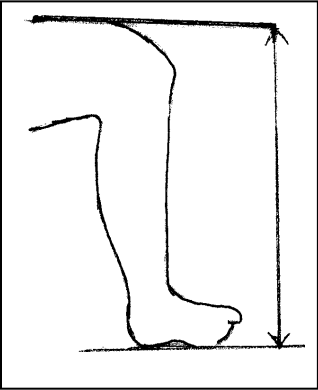
F6-5.2 您的医疗费用主要由谁支付? (单选)	1. 城镇职工医疗保险 2. 城镇居民医疗保险 3. 新型农村合作医疗保险 4. 商业医疗保险 5.自己 6. 配偶 7.子女/孙子女 8.没钱付医药费 9. 其他	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F6-5.2-a 从您家到最近的医疗机构有多远?	_____公里	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F6-5.2-b 您是否进行每年一次的常规体检?	1 是 2 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F6-6 老人童年挨饿与否, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
F7-1 您母亲还健在吗?	1. 是 2. 否 (跳问 F7-2.2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F7-2.1 (如果健在) 她现在多大年龄?	_____岁 (跳问 F8-1)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F7-2.2 (如果去世) 她是否在2008年或2009年调查访问您之后去世?	1.是, 她去世时_____岁 2.否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F7-4 老人母亲受教育年限, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
F8-1 您父亲还健在吗?	1. 是 2. 否 (跳问 F8-2.2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F8-2.1 (如果健在) 他现在多大年龄?	_____岁 (跳问 F10-3-1)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F8-2.2 (如果去世) 他是否在2008年或2009年调查访问您之后去世?	1.是 他去世时_____岁 2.否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F8-4~F8-5 老人父亲以往职业, F8-6 老人父亲受教育年限, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
F9-0-1 您有多少个存活的兄弟?	_____个 (如果没有存活兄弟, 跳问 F9-0-2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F9-0-1a 您是否有80岁及以上存活兄弟?	1. 是 2. 否 (跳问 F9-0-2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F9-0-1b 如果您有80岁及以上存活兄弟, 请分别给出他(他们)的年龄(按80岁以上存活兄弟年龄排列, 最年长的排在第一位)	_____岁, _____岁, _____岁		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F9-0-2 您有多少个存活的姐妹?	_____个 (如果没有存活姐妹, 跳问 F10-3-0)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F9-0-2a 您是否有80岁及以上存活姐妹?	1. 是 2. 否 (跳问 F10-3-0)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F9-0-2b 如果您有80岁及以上存活姐妹, 请分别给出她(她们)的年龄(按80岁以上存活姐妹年龄排列, 最年长的排在第一位)	_____岁, _____岁, _____岁		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F9-1 老人排行, F9-2 老人兄弟姐妹性别、受教育程度等情况, F10~F10-2 曾生子女个数及生育年龄, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			

F10-3-0 您现在有多少个存活 的儿子?	_____个 (如果没有存活儿子, 跳问F10-3-1)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
【如老人小于95岁, 跳问F10-3-1】 F10-3-0a 您是否有80岁及以上存活 儿子?	1. 是 2. 否 (跳问F10-3-1)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
F10-3-0b 如果您有80岁及以上存活 儿子, 请分别给出他(他们)的年龄 (按80岁以上存活儿子年龄排列, 最年长的排在第一位)	_____岁, _____岁, _____岁		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F10-3-1 您现在有多少个存活的女 儿?	_____个 (如果没有存活女儿, 跳问F10-3-2)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
【如老人小于95岁, 跳问F10-3-2】 F10-3-1a 您是否有80岁及以上存活 女儿?	1. 是 2. 否 (跳问F10-3-2)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
F10-3-1b 如果您有80岁及以上存活 女儿, 请分别给出她(她们)的年龄 (按80岁以上存活女儿年龄排列, 最年长的排在第一位)	_____岁, _____岁, _____岁		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F10-3-2 请问您的不与您一起住、但住 本村本乡或本市的子女是否经 常来看您?	1. 是; 2. 否; 3. 没有不与我一起 住、但住本村本乡或本市的子女 8. 未回答	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
F10-3-3 请问您的住在其他乡或其他 县市的子女是否经常来看您?	1. 是; 2. 否; 3. 没有不与我一起 住、但住在其他乡或其他县市的 子女; 8. 未回答	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
F10-4~ F10-5 老人长子与幼子年龄问题, 因属于固定不变特征, 随访不再询问			
F11-1 您平时与谁聊天最多? (限选三项) (此题必须由老人本人回答)	00. 配偶 01. 儿子 02. 女儿 03. 儿媳 04. 女婿 05. 孙子女或其配偶 06. 其他亲属 07. 朋友/邻居 08. 社会工作者 09. 保姆 10. 无人聊天		第一 第二 第三 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*F11-2 如果您有心事或想法, 最先 向谁说? (限选三项) (此题必须由老人本人回答)	00. 配偶 01. 儿子 02. 女儿 03. 儿媳 04. 女婿 05. 孙子女或其配偶 06. 其他亲属 07. 朋友/邻居 08. 社会工作者 09. 保姆 10. 无人可说		第一 第二 第三 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*F11-3 如果您遇到问题和困难, 最 先想找谁解决? (限选三项) (此题必须由老人本人回答)	00. 配偶 01. 儿子 02. 女儿 03. 儿媳 04. 女婿 05. 孙子女或其配偶 06. 其他亲属 07. 朋友/邻居 08. 社会工作者 09. 保姆 10. 无人解决		第一 第二 第三 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F12 近一年来, 您的子女(包括同住 与不同住的所有孙子女及其配 偶)给您现金(或实物折合)多 少元?	儿子 女儿 孙子女	<input type="radio"/>	儿子 女儿 孙子女 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

F13 近一年来,您给子女(包括同住与不同住的所有孙子女及其配偶)提供现金(或实物折合)多少元?	儿子	女儿	孙子女	○	儿子	女儿	孙子女
	_____元	_____元	_____元		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F14 您所在社区有哪些为老年人提供的社会服务?(多选)				○			
F14-1 起居照料	1 有	2 没有					F14-1 <input type="checkbox"/>
F14-2 上门看病、送药	1 有	2 没有					F14-2 <input type="checkbox"/>
F14-3 精神慰藉,聊天解闷	1 有	2 没有					F14-3 <input type="checkbox"/>
F14-4 日常购物	1 有	2 没有					F14-4 <input type="checkbox"/>
F14-5 组织社会和娱乐活动	1 有	2 没有					F14-5 <input type="checkbox"/>
F14-6 提供法律援助(维权)	1 有	2 没有					F14-6 <input type="checkbox"/>
F14-7 提供保健知识	1 有	2 没有					F14-7 <input type="checkbox"/>
F14-8 处理家庭邻里纠纷	1 有	2 没有					F14-8 <input type="checkbox"/>
F14-9 其它(请注明)_____	1 有	2 没有					F14-9 <input type="checkbox"/>
F15 您是否希望社区为老年人提供下列社会服务?(多选)				○			
F15-1 起居照料	1 是	2 否					F15-1 <input type="checkbox"/>
F15-2 上门看病、送药	1 是	2 否					F15-2 <input type="checkbox"/>
F15-3 精神慰藉,聊天解闷	1 是	2 否					F15-3 <input type="checkbox"/>
F15-4 日常购物	1 是	2 否					F15-4 <input type="checkbox"/>
F15-5 组织社会和娱乐活动	1 是	2 否					F15-5 <input type="checkbox"/>
F15-6 提供法律援助(维权)	1 是	2 否					F15-6 <input type="checkbox"/>
F15-7 提供保健知识	1 是	2 否					F15-7 <input type="checkbox"/>
F15-8 处理家庭邻里纠纷	1 是	2 否					F15-8 <input type="checkbox"/>
F15-9 其它(请注明)_____	1 是	2 否					F15-9 <input type="checkbox"/>
*F16 您希望哪一种居住方式(此题必须由老人本人回答)	1. 独居(或仅与配偶居住),子女不在附近无所谓; 2. 独居(或仅与配偶居住),子女最好住在附近; 3. 与子女一起居住; 4. 敬老院、老年公寓和福利院; 8. 不知道;						<input type="checkbox"/>

G 生理健康				编码
G0-1 您现在睡眠质量如何?	1. 很好 2. 好 3.一般 4. 不好 5.很不好		○	<input type="checkbox"/>
G0-2 你现在一般每天睡几小时?	_____小时		○	<input type="text"/> <input type="text"/>
G1 不戴眼镜,您看这个圆圈有没有开口?如有,开口在什么地方(上,下,左,右)?(用手电筒照访问员手册上视力表上的圆圈。)	1. 能,且能分清缺口方向 2. 能,但不能分清缺口方向 3. 看不清 4.失明			<input type="checkbox"/>
G2-1 请问您有几颗牙(不包括假牙)?	_____颗		○	<input type="text"/> <input type="text"/>
G2-2 请问您是否戴假牙?	1. 是 2. 否		○	<input type="checkbox"/>

G2-3 您一天刷几次牙? (如果老人没有牙齿, 则此问题不适用, 填写9)	0 从不刷牙 1 偶尔刷牙 2 一天一次 3 一天两次 4 一天三次或多于三次 8 不知道 9 不适用(没有牙)	○	<input type="checkbox"/>
G2-4 过去6个月内, 您是否在吃东西时遇到不止一次牙疼问题?	1 是 2 否—跳至G2-5	○	<input type="checkbox"/>
G2-4-1 您最严重的一次牙疼的疼痛程度为多大(用1、2、3、4、5、6、7、8、9、10表示疼痛程度, 数字越大疼痛感越强)?	_____	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G2-5 过去6个月内, 您是否经历不止一次面颊疼痛或者下颌疼痛?	1 是 2 否—跳至G3	○	<input type="checkbox"/>
G2-5-1 您最严重一次面颊或下颌疼痛的程度为多少(用1、2、3、4、5、6、7、8、9、10表示疼痛程度, 数字越大疼痛感越强)?	_____	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G3 请问您能用筷子吃饭吗?	1. 是 2. 否	○	<input type="checkbox"/>
G4 请问您吃饭习惯用哪只手?	1. 右手 2. 左手	○	<input type="checkbox"/>
G4a 请问您写字习惯用哪只手?	1. 右手 2. 左手 3. 从不写字	○	<input type="checkbox"/>
G4b 请问您刷牙习惯用哪只手?	1. 右手 2. 左手 3. 从不刷牙	○	<input type="checkbox"/>
G5 血压 (访问员需为老人测量 两次 血压, 两次之间的间隔至少为 1分钟)	第一次: 高压_____毫米汞柱 低压_____毫米汞柱 第二次: 高压_____毫米汞柱 低压_____毫米汞柱		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G5-1-1 高压			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G5-1-2 低压			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G5-2-1 高压			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G5-2-2 低压			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G6 心律	1. 规则 2. 不规则		<input type="checkbox"/>
G7 节率	_____次/分钟		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G8 上肢活动能力:	1. 只能用右手 2. 只能用左手		<input type="checkbox"/>
G8-1 手触颈根	3. 双手都能 4. 双手都不能		<input type="checkbox"/>
G8-2 手触后腰	1. 只能用右手 2. 只能用左手		<input type="checkbox"/>
G8-3 手臂上举	3. 双手都能 4. 双手都不能		<input type="checkbox"/>
G9. 被访老人坐在椅子上, 能自己独立站起来吗? (注意保护)	1. 能, 不需搀扶或倚靠任何物体 2. 能, 需搀扶或倚靠任何物体 3. 不能		<input type="checkbox"/>

G10-1 被访老人的体重（公斤）:	_____公斤（四舍五入至整数）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G10-2 被访老人是否驼背? (此题请访问员根据自己观察作出选择,不需要询问被访老人,以免老人不高兴)	1. 是 2. 否	<input type="checkbox"/>
G10-2a 直接测量站立时身高	_____cm; 999 无法测量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G10-2a.1 右前臂尺骨顶端至右肩顶端距离: 右腿膝盖距地面距离: (操作方法参见下面图示)	_____cm _____cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>测右前臂尺骨顶端至右肩顶端距离的方法见图 1。 测右腿膝盖距地面距离的方法见图 2:</p> <p>(1) 请老人脱去右鞋; (2) 请老人右脚落地, 右大腿与右小腿成 90 度直角; (3) 放一张塑料垫板/平整的厚纸在老人右大腿上, 并向前伸出与一头着地的并与地面垂直的皮卷尺交叉; (4) 阅读并记下塑料垫板/平整厚纸前端与皮卷尺交叉处的厘米刻度数。</p>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>图 1</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>图 2</p>  </div> </div>		
G10-2b 老人自报身高	_____cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G10-2c 测量老人腰围	_____cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

按照以下步骤测量腰围

腰围必须用皮尺直接贴着皮肤测量。

1) 标示测量部位：站在被访老人右侧，按压臀部以确定骨盆右髌骨的位置。用铅笔在右髌骨的外侧缘上方画一条水平线，再沿着腋中线（始于腋窝，沿着躯干的线）画条纵线，与上述水平线相交。图 1 展示了髌骨的腰腹部位置。调查人员再站到被访老人左侧重复上述步骤。

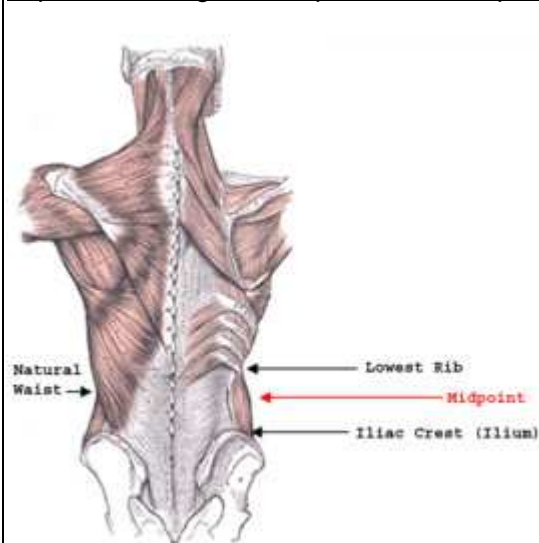
2) 测量：测量时要求被访老人不能吸气，测量的卷尺不要扭转。将卷尺围绕老人的腰部一周，注意这一周的起点是卷尺的零刻度处。应使用可伸缩的卷尺。在测量时，**将卷尺置于第 1 步标记的水平区域**。最好能站在镜子前测量，从而可以观察测量时卷尺的一周是否处于同一水平面，而没有上下歪斜。或者另请一位帮手立于老人对面，检查卷尺的一周是否平行于地面，以及是否与皮肤良好贴合。如果既没有镜子也没有帮手，调查人员则需自行检查。图 1 展示了正确的测量位置。等老人呼气快结束时进行测量。

3) 拿下卷尺，记录腰围。

4) 重复测量一次。

注意：测量腰围的工具包括可伸缩卷尺。具体的操作过程可以参见下列网址上的视频

http://www.cdc.gov/nchs/products/elec_prods/subject/video.htm



图示 1：在最底部一根肋骨与髌骨之间的测量部位

G10-6 您是否有听力困难?	1 是 2 否—跳至 G11	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G10-6-1 您哪只耳朵有听力困难?	1 左耳 2 右耳 3 双耳	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G10-6-2 您大概从什么时候发现自己听力有问题?	1、自出生以来 (跳问 G11) 2、儿童时期 (15 岁之前) 3、15-40 岁期间 4、40 岁以后	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G10-6-3 您的听力困难是怎么出现的?	1 突然出现 (几天之内) 2 在几个月内逐渐表现出来 3 在几年内逐渐表现出来	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G11 被访老人能捡起地上的书吗?	1. 能站着捡起 2. 只能坐着捡起 3. 不能		<input type="checkbox"/>
G12 被访老人自转一圈共走了多少步? (注意保护)	_____步 (不能转圈: 88)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G13-0 最近两个星期内, 您是否觉得有身体不适?	1. 是 2. 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

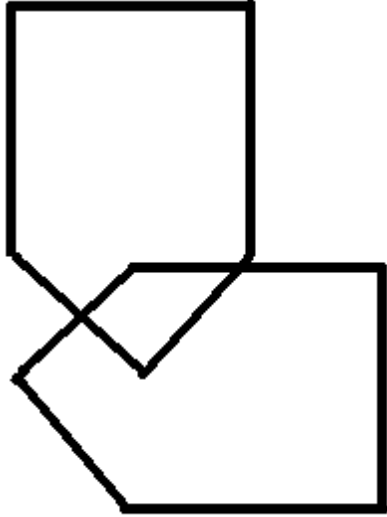
G13 过去两年中,您曾经患过几次重病(重病指需住院治疗或在家卧床不起)?	_____次(未曾患过重病,填00,跳到G15;长年卧床不起,填88,并将因患何种病而卧床不起填写到G14-1); 其中,住院____次	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14-1 第一次患的什么病 住院或卧床天数	_____病(编码参照G15) _____天	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14-2 第二次患的什么病 住院或卧床天数	_____病(编码参照G15) _____天	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G14-3 第三次患的什么病 住院或卧床天数	_____病(编码参照G15) _____天	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G15 您现在是否患有下列疾病?	是否有病?(自 报)1.有 2.没有 8.不知道	是否经过医 院诊断? 1.是 2.否	是否影响日常生 活? 1.相当大 2.一点儿 3.没有	是否 有病	是否 诊断	影 响 程 度
01. 高血压				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. 糖尿病				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. 心脏病				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. 中风及脑血管疾病				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. 支气管炎,肺气肿,哮喘病或肺炎				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. 肺结核				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. 白内障				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. 青光眼				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. 癌症				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 前列腺疾病				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 胃肠溃疡				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 帕金森氏病				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 褥疮				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 关节炎				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 痴呆				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 癫痫				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 胆囊炎或胆石症				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 血脂异常				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. 风湿或类风湿				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 慢性肾炎				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 乳腺增生				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 子宫肌瘤				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 前列腺增生				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 肝炎				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 其他, 请说明				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H 访问后观察记录 (以下问题由访问员回答)		编 码
H1. 被访老人能听清您所提的问题吗?	1. 能, 不需助听器 2. 能, 需助听器 3. 部分能, 需助听器 4. 不能	<input type="checkbox"/>
H2-1 被访老人能否接受体检?	1. 能-- (<u>跳到 H3</u>) 2. 不能 3. 部分能	<input type="checkbox"/>
H2-2 若不能或部分能, 请说明原因: (单选)	1. 视觉障碍, 但能听见 2. 听觉障碍, 但能看见 3. 视觉、听觉障碍 4. 瘫痪 5. 不合作 6. 痴呆, 不能理解问题 7. 生病, 不能接受访问 8. 其他原因 (请详细说明) _____	<input type="checkbox"/>
H3 被访老人看上去:	1. 相当健康 2. 比较健康 3. 身体虚弱 4. 体弱多病	<input type="checkbox"/>
H4 身份证上被访老人的出生年月: (注: 一些高龄老人若没有身份证, 请填上户口本上的出生年月)	_____年_____月	
H4-1 此出生日期与被访老人自报的是否一致?	1. 不一致 2. 一致 3. 无自报 4. 其他 (说明) _____	<input type="checkbox"/>
H4-2 若不一致, 您认为哪一个准确?	1. 自报准确 2. 身份证或户口本上准确 3. 无法判断	<input type="checkbox"/>
H4-3 被访老人的身份证号码 (注: 一些高龄老人若没有身份证, 则填“0”)	_____	

<p>H5 请确认年龄，并抄在第一页</p> <p>注明您确认老人年龄的依据： (不管自报还是无自报，都要给出对老人年龄的确认。此处如写不下，请使用下一页的访问人员后记)</p>	<p>_____岁</p> <p>依据：_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>H6 对有无漏问的问题，在离开现场前是否核查了？</p>	<p>1. 是 2. 否</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>H7 是否有人代替被访老人回答了任何问题？</p>	<p>1. 是 2. 否 <u>(跳至访问员后记)</u></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>H7-1 若是，请核对您是否已将他人代答的问题在○内划X，并说明代答部分主要由谁代答。</p>	<p>1. 配偶 2. 子女或其配偶 3. 孙子女或其配偶 4. 重孙子女或其配偶 5. 兄弟姐妹 6. 父母或岳父母 7. 保姆或养老院工作人员 8. 其他，请注明_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>访问人员后记</p>		
<p> </p>		

B 卡



老人参照 B 卡绘图处