

家庭成員健康行為與健康狀態之問卷

編號：

親愛的先生/女士，您好：

首先誠摯地感謝您撥空填寫此份問卷，以協助本研究之完成，這份問卷的目的是希望瞭解您及家庭成員之健康行為及健康狀態。研究以家庭的角度進行，以做為預防疾病之參考，因此您的填答將對本研究具有關鍵性的影響。此份問卷採不記名方式，每個問題的答案無所謂對或錯，您所填的任何資料僅供學術研究參考，敬請放心填答。本問卷填答完，會贈送一份精美小禮物，再次感謝您提供寶貴意見。

敬祝 身體健康 平安喜樂

中國醫藥大學醫務管理研究所
指導教授：王中儀博士
研究生：溫筑婷
聯絡電話：0975-267538
Email：wenting0310@gmail.com

第一部分、基本資料：請在符合的「」內打「」。

1. 性別：男 女
2. 年齡：20歲以下 21~30歲 31~40歲 41~50歲 51~60歲 61歲以上
3. 身高：_____ 公分
4. 體重：_____ 公斤
5. 您目前的婚姻狀況如何：未婚 已婚 其他
6. 您的家庭個人平均月收入(有工作的人才納入)：20,000元以下 20,000~39,999元 40,000~59,999元 60,000~79,999元 80,000元以上
7. 目前居住地：基隆市 臺北市 新北市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 南投縣 臺中市 彰化縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 金門縣 連江縣 澎湖縣
8. 目前子女人數：無 有，_____個(兒子____位、女兒____位)
9. 您與您家庭成員的職業：

	無職業	學生	家管	工商	軍公教	服務業	農漁業	醫療相關	其他	不適用
自己	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								
父親	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								
母親	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								
配偶	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								
子女	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								
兄弟姐妹	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>								

10. 您與您家庭成員的教育程度：

	小學(含)以下	國中	高中職	大專大學	研究所以上	不適用
父親	<input type="checkbox"/>					

【請翻至下一頁繼續作答】

頁 1

	小學(含)以下	國中	高中職	大專大學	研究所以上	不適用
母親	<input type="checkbox"/>					
配偶	<input type="checkbox"/>					
子女	<input type="checkbox"/>					
兄弟姊妹	<input type="checkbox"/>					

11. 您與您家庭成員**宗教信仰**：

	無信仰	佛教	道教	基督教	天主教	其他	不適用
自己	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					
父親	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					
母親	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					
配偶	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					
子女	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					
兄弟姊妹	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>					

第二部分、健康行為：分為物質使用行為、健康維護行為及預防性健康行為

- **從不**：沒有 **很少**：一週一次 **偶爾**：一週2~3次 **經常**：一週4~5次 **總是**：一週6~7次

(一) 物質使用行為：過去一個月內，您與您的家庭成員物質使用行為。

1. 過去一個月內，您本身的物質使用行為，請在中打勾✓。

題目	1 從 不	2 很 少	3 偶 爾	4 經 常	5 總 是
1. 請問您抽菸頻率？	<input type="checkbox"/>				
2. 請問您喝酒頻率？	<input type="checkbox"/>				
3. 請問您嚼檳榔頻率？	<input type="checkbox"/>				
4. 請問您失眠時，會以鎮定劑或安眠藥來幫助睡眠嗎？	<input type="checkbox"/>				

2. 過去一個月內，您的家庭成員的物質使用行為，請在中打勾✓(可複選)。

題目	0 無	1 父 親	2 母 親	3 配 偶	4 子 女	5 兄 弟 姊 妹
1. 請問您的家庭成員中誰有抽菸習慣？	<input type="checkbox"/>					
2. 請問您的家庭成員中誰有喝酒習慣？	<input type="checkbox"/>					
3. 請問您的家庭成員中誰有嚼檳榔習慣？	<input type="checkbox"/>					
4. 請問您的家庭成員誰失眠時，會以鎮定劑或安眠藥幫助睡眠嗎？	<input type="checkbox"/>					

(二) 健康維護行為：過去一個月內，您與您的家庭成員健康維護行為

1. 過去一個月內，請問您從事了以下哪些健康維護行為？請在中打勾✓。

題目	1 從 不	2 很 少	3 偶 爾	4 經 常	5 總 是
1. 請問您吃餅乾、蛋糕等甜食嗎？	<input type="checkbox"/>				
2. 請問您食用速食嗎(漢堡、薯條等)？	<input type="checkbox"/>				

【請翻至下一頁繼續作答】

頁 2

題目	1 從 不	2 很 少	3 偶 爾	4 經 常	5 總 是
3. 請問您會攝取含有豐富纖維質的食物嗎(蔬菜、水果等)?	<input type="checkbox"/>				
4. 請問您吃魚嗎?	<input type="checkbox"/>				
5. 請問您食用紅肉嗎(豬、牛肉等哺乳類動物)?	<input type="checkbox"/>				
6. 請問您食用加工類食品嗎 (醃製品、香腸等)?	<input type="checkbox"/>				
7. 請問您食用高脂的食物嗎(油炸食物等)?	<input type="checkbox"/>				
8. 請問您每天有飲用足夠的水量嗎(1500CC 至 3000CC)?	<input type="checkbox"/>				
9. 請問您飲用含咖啡因的飲料嗎(咖啡、茶等)?	<input type="checkbox"/>				
10. 請問您喝果汁、可樂等含糖飲料嗎?	<input type="checkbox"/>				
11. 請問您有每天吃早餐的習慣嗎?	<input type="checkbox"/>				
12. 請問您食用外食嗎?	<input type="checkbox"/>				
13. 請問您三餐規律嗎?	<input type="checkbox"/>				
14. 請問您每週至少有三次的運動，每次運動持續至少 20 分鐘以上嗎?	<input type="checkbox"/>				
15. 請問您作息時間規律嗎?	<input type="checkbox"/>				
16. 請問您熬夜嗎?	<input type="checkbox"/>				
17. 請問您每天睡眠時間有達到 6-9 小時嗎?	<input type="checkbox"/>				
18. 請問您早晚都會刷牙嗎?	<input type="checkbox"/>				

2. 過去一個月內，請問您的家庭成員健康維護行為？請在□中打勾✓(可複選)。
“常” = “一週 2 次以上”

題目	0 無	1 父 親	2 母 親	3 配 偶	4 子 女	5 兄 弟 姊 妹
1. 家庭成員中誰常吃餅乾、蛋糕等甜食?	<input type="checkbox"/>					
2. 家庭成員中誰常食用速食(漢堡、薯條等)?	<input type="checkbox"/>					
3. 家庭成員誰會攝取含有豐富纖維質的食物(蔬果等)?	<input type="checkbox"/>					
4. 家庭成員誰常吃魚?	<input type="checkbox"/>					
5. 家庭成員誰常食用紅肉(豬、牛肉等哺乳類動物)?	<input type="checkbox"/>					
6. 家庭成員誰常食用加工類食品嗎 (醃製品、香腸等)?	<input type="checkbox"/>					
7. 家庭成員誰常食用高脂的食物(油炸食物等)?	<input type="checkbox"/>					
8. 家庭成員誰常飲用足夠的水量(1500CC 至 3000CC)?	<input type="checkbox"/>					
9. 家庭成員誰常飲用含咖啡因的飲料(咖啡、茶等)?	<input type="checkbox"/>					
10. 家庭成員誰常喝果汁、可樂等含糖飲料?	<input type="checkbox"/>					
11. 家庭成員誰有每天吃早餐的習慣?	<input type="checkbox"/>					
12. 家庭成員中誰常食用外食?	<input type="checkbox"/>					
13. 家庭成員誰注重三餐規律?	<input type="checkbox"/>					
14. 家庭成員誰每週至少有三次的運動，每次運動持續	<input type="checkbox"/>					

【請翻至下一頁繼續作答】

至少 20 分鐘以上嗎？						
15. 家庭成員誰重視作息時間規律？	<input type="checkbox"/>					
16. 家庭成員誰常熬夜？	<input type="checkbox"/>					
17. 家庭成員誰每天睡眠時間常達到 6-9 小時？	<input type="checkbox"/>					
18. 家庭成員誰每天早晚都會刷牙？	<input type="checkbox"/>					

(三)預防性健康服務行為

- 請問您定期多久至醫療院所實施健康檢查？
沒有 一年一次 二年一次 三年一次 其他_____
- 請問您定期多久至醫療院所進行癌症篩檢？
沒有 一年一次 二年一次 三年一次 其他_____
- 請問您身體一有狀況或不適時，會至醫療院所檢查？
從不 很少 偶爾 經常 總是
- 請問您會定期施打流感疫苗？ 從不 很少 偶爾 經常 總是
- 請問您會定期至醫療院所進行口腔檢查嗎？ 從不 很少 偶爾 經常 總是
- 請問您的家庭成員誰會定期至醫療院所實施健康檢查(可複選)？
無 父親 母親 配偶 子女 兄弟姊妹
- 請問您的家庭成員誰會定期至醫療院所進行癌症篩檢(可複選)？
無 父親 母親 配偶 子女 兄弟姊妹
- 請問您的家庭成員誰身體一有狀況或不適時，會至醫療院所檢查(可複選)？
無 父親 母親 配偶 子女 兄弟姊妹
- 請問您的家庭成員誰會定期施打流感疫苗(可複選)？
無 父親 母親 配偶 子女 兄弟姊妹
- 請問您的家庭成員誰會定期至醫療院所進行口腔檢查(可複選)？
無 父親 母親 配偶 子女 兄弟姊妹

第三部分、健康價值觀：請在您認為最適當的中打勾✓。

- 個人健康價值觀：請問您以下每個事情對您來說的重要程度。

題目	非常不重要	不重要	普通	重要	非常重要
1. 保持良好的身材重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
2. 了解自己健康狀態是否良好重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
3. 健康的飲食和運動習慣重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
4. 為了維持健康的狀態，需付出較多的努力重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
5. 為了某件事情(聊天、課業等)熬夜重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
6. 每天都覺得充滿活力重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
7. 常常保持精神良好重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
8. 知道自己身體所能負荷的活動量重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
9. 運動時，不易感到疲倦重要嗎？	<input type="checkbox"/>				

【請翻至下一頁繼續作答】

頁 4

題目	非常不 重要	不 重要	普 通	重 要	非常 重要
10. 知道自己的體重是否落在正常的範圍重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
11. 讓自己維持在良好的健康狀態重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
12. 當有流行性感冒發生時，懂得做好預防措施，避免被傳染重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
13. 生病時，能於短時間讓自己恢復健康重要嗎？	<input type="checkbox"/>				

2. 家庭成員健康價值觀：依您對家庭成員的了解，以下每件事情對您多數家庭成員來說的重要程度(多數為家庭成員大於等於兩個人)。

題目	非常不 重要	不 重要	普 通	重 要	非常 重要
1. 家庭成員多數覺得保持良好的身材重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
2. 家庭成員多數覺得了解健康狀態是否良好的重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
3. 家庭成員多數覺得健康的飲食和運動習慣重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
4. 家庭成員多數覺得為了維持健康的狀態，需付出較多的努力重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
5. 家庭成員多數覺得為了某件事情(聊天、課業等)熬夜重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
6. 家庭成員多數覺得每天都覺得充滿活力重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
7. 家庭成員多數覺得常常保持精神重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
8. 家庭成員多數覺得知道自己身體所能負荷的活動量重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
9. 家庭成員多數覺得運動時，不易感到疲倦重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
10. 家庭成員多數覺得知道體重是否落在正常的範圍重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
11. 家庭成員多數覺得維持在良好的健康狀態重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
12. 家庭成員多數覺得流行性感冒發生時，避免被傳染重要嗎？	<input type="checkbox"/>				
13. 家庭成員多數覺得生病時，能短時間讓自己恢復健康重要嗎？	<input type="checkbox"/>				

第四部分、疾病史：請在符合的「」內打「✓」。

1. 據您所知，整個家庭有哪些家庭病史(可複選)：無 高血脂 高膽固醇高血壓
糖尿病 心臟疾病 中風 氣喘 上呼吸道疾病 慢性阻塞性肺病(慢性之
氣管炎或肺氣腫) 消化性潰瘍(胃潰瘍或十二指腸潰瘍) 慢性肝病 腎臟疾病
肥胖(BMI>=24) 皮膚疾病 過敏性鼻炎 甲狀腺疾病 精神疾病 關節炎
癌症：其他_____

【請翻至下一頁繼續作答】

頁 5

2. 據您所知，您的配偶有哪些家族病史(可複選)(無則免填)：無高血脂高膽固醇
高血壓糖尿病心臟疾病 中風 氣喘 上呼吸道疾病 慢性阻塞性肺病
 (慢性之氣管炎或肺氣腫) 消化性潰瘍(胃潰瘍或十二指腸潰瘍) 慢性肝病
腎臟疾病 肥胖(BMI>=24)皮膚疾病過敏性鼻炎 甲狀腺疾病精神疾病
關節炎 癌症：_____ 其他_____
3. 您自己曾經罹患哪些疾病(可複選)：無 高血脂高膽固醇高血壓糖尿病
心臟疾病 中風 氣喘 上呼吸道疾病 慢性阻塞性肺病(慢性之氣管炎或
 肺氣腫)消化性潰瘍(胃潰瘍或十二指腸潰瘍)慢性肝病腎臟疾病肥胖
 (BMI>=24) 皮膚疾病 過敏性鼻炎 甲狀腺疾病 精神疾病 關節炎 癌症：
 _____ 其他_____
4. 家庭成員罹患疾病：過去曾有無以下此症狀，如”有”請在表格中打「✓」(可複選)。
 後面空格中可自填另外一級親屬(如：子女、兄弟姊妹)

關係	父	母	配偶	小孩	兄弟姊妹		
不適用							
是否與自己居住一起	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
年齡	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲
身高	公分						
體重	公斤						
高血脂							
高膽固醇							
高血壓							
糖尿病							
心臟疾病							
中風							
氣喘							
上呼吸道疾病							
慢性阻塞性肺病							
消化性潰瘍							
慢性肝病							
腎臟疾病							
肥胖(BMI>=24)							
皮膚疾病							
過敏性鼻炎							
甲狀腺疾病							
精神疾病							
關節炎							
癌症(註明罹患癌症名)							
其他							

問卷問題結束，請您再檢查一遍是否有遺漏之處。

【請翻至下一頁繼續作答】

由衷感謝您所提供寶貴資料，祝您健康快樂!

【請翻至下一頁繼續作答】

頁 7

版本：Version 01

版本日期：2014 年 09 月 11 日