



本调查属于自愿性访问

# 中国老年健康调查

## 65 岁及以上老人问卷（2018）

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。

被访老人全国编号

被访老人本省编号

（注：被访老人的本省编号也就是该老人全国编号的中间 4 位数，被访老人全国编号的第 1、2 位数字表示所在省份的国标码（例如，北京为 11，上海为 31……，等），最后两位数表示该老人首次参加“中国老年健康调查”的年份，例如，2014 年新参加的老人为 14，2017 年新参加的老人为 17）。

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：\_\_\_\_\_

居/村委会电话：\_\_\_\_\_

居/村委会联系人：\_\_\_\_\_

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
<div><div><div></div><div></div></div></div>	<div><div><div></div><div></div></div></div>	<div></div>					

访问员签字\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_日 县级审核人签字\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_日

省级督导签字\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_日 中国疾控中心项目督导签字\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_日

## “中国老年健康调查”全国面上调查 知情同意书

参加者姓名\_\_\_\_\_

参加者地址\_\_\_\_\_

亲爱的女士（或先生）\_\_\_\_\_： 您好！

为了更好地服务老年群体，满足老年人的健康需求，增进老年人身心健康，使老年人在晚年有一个健壮的身体，中国疾病预防控制中心和北京大学国家发展研究院健康老龄与发展研究中心合作开展“中国老年健康调查”，我们将通过基本健康状况问卷调查，多方面评估老年人的健康状况及其影响因素，从而发现潜在的健康问题，为促进老年人健康，进一步做好老龄工作以及制定老年人群健康政策提供信息依据。

本项研究的项目负责人是北京大学国家发展研究院健康老龄与发展研究中心曾毅教授、中国疾控中心环境与健康相关产品安全所所长施小明研究员，研究资助方是国家自然科学基金等。

### 1. 为什么进行这项研究？

本项研究的目的在于更好地理解影响人类老龄健康的社会、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。

### 2. 哪些人将被邀请参加这项研究？

本研究涵盖了全国 22 个省市自治区 500 多样本点地区 65 岁及以上各年龄段的老年调查对象。

### 3. 多少人将参与这项研究？

本研究计划全国 22 个省市自治区合计大约 16000 名老年人将参与这项研究。

### 4. 本研究包括哪些内容？

本研究采取入户调查形式。如果您同意，我们会对您进行基本健康状况方面的访谈，调查员将询问关于您的基本情况、饮食习惯、行为及生活方式、患病情况等方面的信息。问卷访谈包括在您自愿与可能情况下，进行基本生理活动功能测试（例如在可能情况下，请您自转 360 度，从地上捡起一本书等）。如果您不便说话，您也可以让熟悉您情况的您的配偶、孩子或其他亲属代替您回答。如果您不愿意回答问卷中的某些问题和/或不愿意做某些基本生理功能测试，您完全可以拒绝回答和/或拒绝测试。

如果您同意，我们为您提供一个非常方便使用的唾液采集器，您只要向唾液采集器里吐一口唾液，用唾液采集器保存，将用于遗传基因检测，分析遗传基因与老龄健康的关系。您的这一唾液样本将委托华大基因研究中心做遗传基因分型测试；无论今后委托测试单位是否变化，您的这一唾液样本将由国内相关科研机构用于科学研究，直至用完为止。

### 5. 这项研究会持续多久？

健康状况访谈和基本生理功能测试大约需要占用您 1 小时或稍多一点的时间。

## 6. 参加本项研究的风险是什么？

在进行基本生理活动功能测试（例如自转 360 度，从地上捡起一本书等），也有极为罕见的不舒适甚至晕眩的极小可能性。一旦发生这种极为罕见事件，调查员将会立即有效处理；必要时，调查员将请医生或护士及时给予您必要且有效的医疗处理。

## 7. 参加本项研究的获益是什么？

您不会因参加本项研究有直接的物质获益。如果我们发现您的健康状况存在任何问题，我们将会及时通知您，并为您提供必要的去医院进一步检查的建议。

您的参与有助于学术界和决策部门更好地理解影响人类老龄健康的影响因素，为我国进一步做好老龄工作以及制定老年人群健康政策提供信息依据。

## 8. 是否一定要参加并完成本项研究？

您是否参加这个研究完全是自愿的。如果您不愿意，可以拒绝参加，这对您目前或未来的医疗不会有任何负面影响。即使您同意参加以后，您也可以在任何时间改变主意，告诉研究者退出研究，您的退出不会影响您获得正常的医疗服务。

原则上，在您退出之后，研究者将严密保存您的相关信息直至最终销毁，期间不会继续使用或透露这些信息。但在以下少数情况下，即使您已经退出研究或研究已经结束，研究者将在为您的个人信息绝对保密前提下，继续使用您的相关信息于科学研究。这些情况包括：

- 除去您的信息将影响研究结果的科学性或对数据安全的评价
- 为研究、教学或其他活动提供一些有限的信息（这些信息不会包括您的姓名、身份证号码、或者其他任何可能识别您身份的个人信息）；

一旦出现任何可能影响您决定是否继续参加该研究的信息，我们会及时告知您。

## 9. 关于研究费用和补偿

本研究的全部费用均由调研机构承担，不需要您承担任何费用。

## 10. 参加该项研究受试者是否获得报酬？

本研究为针对中国老年人群健康影响因素进行的科学研究，不对参与调查者支付报酬。

## 11. 我的信息会保密吗？

如果您决定参加本项研究，您参加研究及在研究中的个人资料均属保密。在未获得您的许可之前，任何可以识别您身份的信息将不会透露给研究小组以外的成员。所有的研究成员和研究相关方都会按要求对您的身份保密。您的档案将保存在有锁的档案柜中，仅供研究人员查阅。为确保研究按照规定进行，必要时，政府管理部门、学校当局或伦理委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。这项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何资料。

## 12. 如果我有问题或困难，该与谁联系？

如果您有与本研究相关的任何问题，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）。

联系人：中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所 路凤副研究员，电话：010-50930239，手机：18901076886

通信地址：北京市西城区南纬路 29 号中国疾控中心环境所，邮编：100050；传真：010-50930236。

联系人：北京大学健康老龄与发展研究中心/国家发展研究院 白晨博士，电话：010-62753692，手机：1358-154-7683



## 样 本 类 别

### 一、被访问老人的类别 ☐

1. 随访老人
2. 新增调查老人

### 二、被访老人的户口类别

1. 城镇户口
2. 农村户口

☐

（注：对于有些省市已经取消城乡户口类别而统一将户口类型登记为“居民户”，请选择统一登记为“居民户”之前的城镇户口和农村户口类别）。

### 三、1. 被访老人现居住地类别

1. 城市
2. 镇
3. 乡

☐

### 2. 被访老人在他/她的现居住地居住了多少年？

☐ ☐ ☐

### 四、被访老人的确认年龄 （调查员根据调查结果确认）

☐ ☐ ☐

#### 访问员注意：

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。
4. 第一次被访者应回答(或由家庭成员等代答)所有问题。随访老人不必回答背景压黑的问题。

（提示：一般情况下，对于无能力回答、无法回答、不知道、拒绝回答的选项编码为 8、88……依此类推；不适用的选项编码均填 9、99……依此类推，补齐码位。特殊情况见该问题的具体要求。）

A 基本状况			编码
<b>A1 性别：</b> 如果是 2014 年被访者的随访，请根据受访名单上信息核实老人性别	1. 男          2. 女  1.与名单上相同； 2.与名单上不一样		<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<b>A2 民族：</b>	1.汉族    2. 回族    3.壮族    4.瑶族 5.朝鲜族    6.满族    7.蒙古族    8.其他		<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<b>A3 请问您现在多大年龄了？（如果老人回答虚岁，则追问其周岁年龄）</b>	_____周岁	○	<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>

A3-1 被访老人属相:		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		其属相对应的阳历出生年份_____									
如果是 2014 年被访者的随访,请根据受访名单上信息核实老人属相		1.与名单上相同;									
		2.与名单上不一样		○							
A3-2 被访老人的出生日期(必须问清出生月份):		阴历: _____年____月		○							
		阳历: _____年____月		○							
如果是 2014 年被访者的随访,请根据受访名单上信息核实老人的出生日期		1.与名单上相同;									
		2.与名单上不一样		○							
A4-1 您出生在哪个省/市?		_____省/市		○							
A4-2 您的出生市(县)属于:		1. 本市(县) 2. 外市(县)		○							
A4-3 当时您的出生地点是农村还是城镇?		1. 城镇 2. 农村		○							
A5-1 您现在与谁住在一起?		1. 家人(包括常住在一起的保姆)		○							
		2. 独居(跳至 A5-3.0)									
		3. 养老机构(跳至 A5-4.1)									
A5-2 与您同住的有多少人(不包括您本人)?		_____人		○							
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		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		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
2. 子女配偶 3. 孙子女		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4. 孙子女配偶 5. 重孙子女		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
6. 兄弟姐妹		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
7. 父母或岳父母		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
8. 其他(请注明) _____		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
年龄: 如不知道, 填 888		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
受教育程度:		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
0.未上过学 1.小学未毕业		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
2.小学 3.初中		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4.高中 5.大专及以上		1 男		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
		2 女		_____岁		_____支		○		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

每天在家吸烟量：如不知道， 填 88	1 男	_____岁	_____支	○	□	□	□	□	□	□	□
	2 女	_____岁	_____支	○	□	□	□	□	□	□	□
	1 男	_____岁	_____支	○	□	□	□	□	□	□	□
	2 女	_____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				○	□				
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.子女或他/她的配偶 3.孙子女或他/她的配偶      4.其他亲属 5.其他				○	□				
A5-3.2 您(您及配偶)现在是否有单独的卧室？		1. 有      2. 没有				○	□				
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				○	□				
A5-3.4 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				○	□				
A5-3.5 您房子里是否经常有股霉味？		1. 是      2. 否				○	□				
A5-3.6 您家主要用哪种方式煮饭？		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 9. 其他，请注明				○	□				
A5-3.7 您家做饭时厨房的通风情况？		1. 未采取通风措施 2. 抽油烟机 3. 排风扇 4. 自然开窗通风				○	□				
A5-4 室内空气影响因素											
A5-4.1 在过去 12 个月内，您室内开窗通风情况？											
A5-4.1.1 春季		1. 不开窗      2. 1~3 次/周 3. 3~5 次/周      4. >5 次/周				○	□				

A5-4.1.2 夏季	1. 不开窗      2. 1~3 次/周 3. 3~5 次/周    4. >5 次/周	○	<input type="checkbox"/>
A5-4.1.3 秋季	1. 不开窗      2. 1~3 次/周 3. 3~5 次/周    4. >5 次/周	○	<input type="checkbox"/>
A5-4.1.4 冬季	1. 不开窗      2. 1~3 次/周 3. 3~5 次/周    4. >5 次/周	○	<input type="checkbox"/>
A5-4.2 您家与主要交通干道（大于等于双向四车道）水平距离大约多少米？	1. 小于 50 米 2. 50 米-100 米 3. 101-200 米 4. 201-300 米 5. 301 米及以上 6. 不清楚	○	<input type="checkbox"/>
A5-4.3 您家是否使用空气净化装置或活性炭等来改善居室空气质量？	1. 否 2. 是	○	<input type="checkbox"/>
A5-5 您家中是否使用下列化学品？			
A5-5.1 杀虫剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.2 驱蚊剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.3 防蛀剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.4 空气清新剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.5 空气净化剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.6 消毒剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.7 洁厕剂	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
A5-5.8 油污去除剂（油烟机）	1. 无    2. 偶尔    3. 有时    4. 经常	○	<input type="checkbox"/>
<b>若 A5-1 选择养老机构，回答后跳至 A5-6.0；若独居，跳至 A5-8；若选择家人，跳至 B 部分</b>			
A5-6.0 您住养老机构的主要原因？	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"/>
A5-6.1 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"/>
A5-6.2 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（请注明）_____	○	<input type="checkbox"/>
A5-7 您是从什么时候开始住养老院的？（跳至 B1）	阳历：_____年____月	○ ○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



A5-8 您独居的主要原因是什么？	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. 其他原因_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
A5-9 您是从什么时候开始独居的？	阳历：_____年____月	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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情绪特征（此部分问题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 性格和情绪特征（此部分问题必须由老人亲自回答）		
*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          2. 喜欢 3. 一般            4. 不喜欢 5. 很不喜欢      8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-3 您是不是感到精力充沛？	1. 总是            2. 经常 3. 有时            4. 很少 5. 从不            8. 无法回答	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*B2-4 您是不是会对自己做过的事感到羞愧、后悔或内疚？	1. 总是            2. 经常 3. 有时            4. 很少 5. 从不            8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-5 您是不是会因看不惯周围的人或事而生气？	1. 总是            2. 经常 3. 有时            4. 很少 5. 从不            8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
*B2-6 您自己的事情是不是自己说了算？	1. 总是            2. 经常 3. 有时            4. 很少 5. 从不            8. 无法回答	<input type="checkbox"/>

*B2-7 您是不是经常会觉得周围的人都不值得信任？	1. 总是 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"/>	
<b>*B3 抑郁量表</b> （此部分问题必须由老人亲自回答，主要指过去一周的时间里，最多两周）				
*B3-1 您会因一些小事而烦恼吗？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-2 您现在做事时是不是很难集中精力？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-3 您是不是感到难过或压抑？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-4*您是不是觉得越老越不中用，做什么事都很费劲？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-5 您是不是对未来的生活充满希望？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-6 您是不是感到紧张、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"/>	
*B3-7 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. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-8 您是不是觉得孤独？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
*B3-9 您是不是感到无法继续自己的生活？	1. 总是 3. 有时 5. 从不	2. 经常 4. 很少 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>	
B3-10.1 您现在睡眠质量如何？	1. 很好 4. 不好	2. 好 5. 很不好	3. 一般 8. 无法回答	<input type="checkbox"/>
B3-10.2 您现在一般每天睡几小时？	_____小时		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>* B4 焦虑量表</b> （此部分问题必须由老人亲自回答）				
在过去的两周里， 您生活中以下症状出现的频率有多少？				

B4-1 感到不安、担心及烦躁	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-2 不能停止或无法控制担心	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-3 对各种各样的事情担忧过多	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-4 很紧张，很难放松下来	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-5 非常焦躁，以至无法静坐	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-6 变得容易烦恼或易被激怒	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
B4-7 感到好像有什么可怕的事会发生	0. 没有 2. 一半以上时间	1. 有几天 3. 几乎天天	<input type="checkbox"/>
<b>B4-8 与 B4-9 两个问题由调查员填写：</b>			
B4-8 调查对象能回答以上焦虑部分的所有问题？	1. 能 2. 不能 3. 部分能		<input type="checkbox"/>
B4-9 若不能或部分能，请说明主要原因：（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. 不理解问题 9. 其他原因（请说明）：_____		<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>桌子 苹果 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 1. 对    0. 错    8. 无法回答 1. 对    0. 错    8. 无法回答</p> <p>_____次</p>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>         <input type="checkbox"/> </div>
* 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 1. 对    0. 错    8. 无法回答 1. 对    0. 错    8. 无法回答 1. 对    0. 错    8. 无法回答 1. 对    0. 错    8. 无法回答</p>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/> </div>
<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 8. 不会用笔/从未画图 9. 无法做 (功能障碍)</p>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>
* C4 回忆 (此部分问题必须由老人亲自回答)		编码

<p><b>*C4-1</b> 请您说出我刚才要您重复的三样东西是什么？</p> <p>（桌子）</p> <p>（苹果）</p> <p>（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>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>
<p><b>* C5 语言，理解与自我协调能力</b>（此部分问题必须由老人亲自回答）</p>		<p>编码</p>
<p><b>*C5-1</b> 用手指向笔，然后再指手表，分别问被访老人：“这是什么？”</p> <p>笔</p> <p>手表</p>	<p>（对每一种单选）</p> <p>1. 对    0. 错    8. 无法回答</p> <p>1. 对    0. 错    8. 无法回答</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>
<p><b>*C5-2</b> 请您重复我下边说的这句话：“种瓜得瓜，种豆得豆。”</p>	<p>1. 对    0. 错    8. 无法回答</p>	<div><input type="checkbox"/></div>
<p><b>*C5-3</b> 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。</p> <p>（不要重复要求，不要提供任何帮助。注意动作是否正确。）</p> <p>右手拿</p> <p>对折</p> <p>放在地上</p>	<p>（注：对每一个动作单选。）</p> <p>1. 对    0. 错    8. 无法完成</p> <p>1. 对    0. 错    8. 无法完成</p> <p>1. 对    0. 错    8. 无法完成</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>
<p><b>以下 C5-4 和 C5-5 由访问员填写：</b></p> <p><b>C5-4</b> 被访老人能否回答以上 B 和 C 两大类所有的问题？</p> <p><b>C5-5</b> 若不能或部分能，请说明主要原因：（单选）</p>	<p>1.能（跳至 C6）    2.不能</p> <p>3.部分能</p> <p>1. 视觉障碍，但能听见</p> <p>2. 听觉障碍，但能看见</p> <p>3. 视觉、听觉障碍</p> <p>4. 瘫痪</p> <p>5. 不合作</p> <p>6. 痴呆，不能理解问题</p> <p>7. 生病，不能接受访问</p> <p>8. 不理解问题</p> <p>9. 其他原因（请说明）：_____</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>

* C6. 简明社区痴呆筛查量表（认知功能部分）（此部分问题必须由老人亲自回答）.			编码
*C6-1 人们平时用来剪纸的东西叫什么？（调查员：请用您的左手拿一张纸，右手中指和食指比划成“剪刀”形状，帮助老人理解“剪纸”的含义）	1. 剪刀（正确） 8. 不知道	2. 回答错误 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-2 苹果是长在树上还是土里？	1. 树上（正确） 8. 不知道	2. 回答错误 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-3 现在中国的国家主席是谁？	1. 习近平（正确） 8. 不知道	2. 回答错误 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-4 调查员指着自己的胳膊肘部问：我们把这个叫做什么？	1. 对 3. 不能回答	2. 错 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-5 锤子一般用来做什么？（答案：钉钉子或类似意思就算对）	1. 对 3. 不能回答	2. 错 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-6 您这附近最近的商店在哪里？	1. 对 3. 不能回答	2. 错 9. 拒绝回答	<input type="checkbox"/>
*C6-7 请您先指一下窗户再指一下门	1. 对 3. 不能回答	2. 错 9. 拒绝回答	<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. 其它植物油 2. 芝麻油 3. 猪油 4. 其他动物油	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
D3-4.1.您的口味主要是什么？	1. 清淡 2. 偏咸 3. 偏甜 4. 喜食辣椒 5. 喜食生冷 6. 没有以上 5 种口味习惯	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
D4 您是否经常食用：	现在	60 岁左右		现在 60 岁左右

1. 几乎每天吃;	肉类			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 不是每天, 但每周至少吃一次;	鱼等水产品			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 不是每周, 但每月至少吃一次;	蛋类			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 不是每月, 但有时吃;	豆制品			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 很少吃或从不吃	腌咸菜或泡菜			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(注: 询问“60 岁左右”时, 要提示老人相应年代的情况, 下同。)	白糖或糖果			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	大蒜(蒜苗/蒜黄/蒜苔/青蒜等)			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	奶制品类(牛奶/奶粉/酸奶/冰淇淋等)			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	坚果(花生/核桃/栗子/瓜子等)			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	菌藻类(蘑菇/木耳/银耳/海带/紫菜等)			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	维生素(A/C/E/钙片等)或保健品			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	药用植物(人参/黄芪/枸杞子/当归等)			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	茶			○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4a. 如果您喝茶, 您现在主要喝什么茶? (如果老人很少喝茶或从不喝茶, 跳至 D5)	现在	60 岁左右			现在	60 岁左右
D4b. 您 60 岁左右时主要喝什么茶?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 绿茶; 2. 红茶; 3. 乌龙茶; 4. 白茶; 5. 黄茶; 6. 黑茶; 7. 紧压茶; 8. 花茶; 8. 其他 (请写明茶叶名称):						
1. <b>绿 茶</b> : 洞庭碧螺, 西湖龙井, 安化松针, 宝洪茶, 信阳毛尖, 峨眉竹叶青, 六安瓜片, 都匀毛尖, 恩施玉露, 高桥银峰, 顾渚紫笋, 桂平西山茶, 黄山毛峰, 惠明茶, 碣滩茶, 径山茶, 敬亭绿雪, 老竹大方, 庐山云雾茶, 眉茶, 蒙顶茶, 南安石亭绿, 南京雨花茶, 平水珠茶, 秦巴雾毫, 泉岗辉白, 日铸雪芽, 太平猴魁, 天山绿芽, 天尊贡芽, 无锡毫茶, 午子仙毫, 婺源茗眉, 婺州举岩, 峡州碧峰, 仙人掌茶, 休宁松萝, 涌溪火青, 云峰与蟠毫, 紫阳毛尖等						
2. <b>红 茶</b> : 川红工夫, 祁门工夫, 小种红茶, 滇红工夫, 红碎茶, 湖红工夫, 闽红工夫, 宁红工夫, 宜红工夫, 越红工夫等						
3. <b>乌龙茶</b> : 铁观音, 安溪色种, 八角亭龙须茶, 闽北水仙, 白毛猴, 凤凰水仙, 黄金桂, 武夷肉桂, 台湾乌龙, 台湾乌种, 永春佛手, 武夷岩茶, 武夷四大名枞等						
4. <b>白 茶</b> : 白牡丹, 贡眉 (寿眉), 新工艺白茶, 银针白毫等						
5. <b>黄 茶</b> : 北港毛尖, 广东大叶青, 海马宫茶, 霍山雪芽, 君山银针, 鹿苑毛尖, 蒙顶黄芽, 皖西黄大茶, 沔山白毛尖, 温州黄汤等						
6. <b>黑 茶</b> : 湖南黑茶, 老青茶, 六堡散茶, 普洱茶等						
7. <b>紧压茶</b> : 饼茶, 方包茶, 茯砖茶, 固形茶, 黑砖茶, 花砖茶, 紧茶, 康砖和金尖等米砖茶, 普沱方茶, 青砖茶, 沱茶, 湘尖茶, 圆茶, 竹筒香茶等						
8. <b>花 茶</b> : 白兰花茶, 玳玳花茶, 桂花茶, 金银花茶, 玫瑰花茶, 茉莉花茶, 珠兰花茶						
D5 平时您习惯喝什么样的水?	1. 烧开过的水 (含纯净水)		2. 生水	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
D6 您的饮用水主要是什么: (每项单选)	童年时代	60 岁左右	现在		童年时代	60 岁左右 现在
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"/>	<input type="checkbox"/>
D7-1 您现在吸烟吗?	1. 是 2. 否			<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
D7-2 您过去吸烟吗?	1. 是 2. 否			<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	



访问员注意：若 D7-1 和 D7-2 题全为否，跳至 D8-1 部分			
D7-3 您从多大年龄开始吸烟的？	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D7-4 若现在不吸烟，您多大年龄时停止吸烟的？	_____ 岁（现在仍然吸烟：999，不知道何时停止：888）	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D7-5 您现在（或过去）平均每天吸多少烟？	_____ 支 如果不知道，则填写 88	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> (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="text"/>
D8-1 您现在常喝酒吗？	1. 是    2. 否	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
D8-2 您过去常喝酒吗？	1. 是    2. 否	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
访问员注意：若 D8-1 和 D8-2 题全为否，跳至 D9-1 部分			
D8-3 您从多大年龄开始经常喝酒的？	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D8-4 若现在不喝酒，您多大年龄时停止喝酒的？	_____ 岁（现在仍然喝酒：999，不知道何时停止：888）	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D8-5 您现在主要喝什么酒？如现在不喝酒但过去喝酒，那么在戒酒前主要喝什么酒？（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="text"/>
D8-6 您现在平均每天喝多少两酒？如现在不喝酒但过去喝酒，那么在戒酒前平均每天喝多少两酒？	_____ 两	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
(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    9. 不适用	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
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="text"/>
D9-2 您过去是否经常锻炼身体？	1. 是    2. 否	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
访问员注意：若 D9-1 和 D9-2 题全为否，跳至 D10-1			

D9-3 您从多大年龄开始经常锻炼身体?	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D9-4 若现在没有经常锻炼身体, 您多大年龄时停止的?	_____ 岁 (现在仍然锻炼: 999, 不知道何时停止: 888)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10-1 您过去是否经常从事体力劳动?	1. 是                      2. 否 (跳至 D11)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D10-2 如是, 经常从事体力劳动从	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10-3 到	_____ 岁 (现在仍然从事: 999, 不知道何时停止: 888)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 户外活动			
D11-2a 太极拳	1      2      3      4      5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-2b 广场舞	1      2      3      4      5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-2c 串门、与朋友交往	1      2      3      4      5	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
D11-2d 其他户外活动	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 近两年里您外出旅游过多少次?	_____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"/>
<b>访问员注意: 若 E1 至 E6 全部无需他人帮助, 跳至 E6-7</b>			
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 (跳至 E7)	<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.愿意并能提供较好照料 2.不耐烦 3.愿意但力不从心 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/孙子女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
F1 您一共上过几年学?	_____年 (未念过书: 00)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F2 您 60 岁以前主要从事什么工作 (职业): (单选)	0. 专业技术人员/医生/教师 1. 行政管理 2. 一般职员/服务人员/工人 3. 自由职业者 4. 农民 5. 家务劳动 6. 军人 7. 无业人员 8. 其他 (请注明) _____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
F2-1 您是否享受离/退休制度?	1.退休 2.离休 3.否 (跳至 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 (跳至 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="radio"/>	<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"/>
对于享受离/退休制度的老人, 跳至 F3-1			
F2-4 您是否参加养老保险?	1.是; 2.否 (跳至 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? (如老人现在不缴费, 个人缴费栏填“0”, 不能填以前缴费数)	个人_____元, 国家、集体_____元, _____年__月开始参加养老保险 您是哪年哪月参加的?	<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"/>

F2-6 现在每月领取养老金	_____元 (跳至 F3-1)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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; 4. 本地区未开展养老保险; 8. 不知道	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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	<input type="radio"/>	第一 第二 第三 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 第四 第五 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F3-3 您所有的生活来源是否够用?	1. 够用 2. 不够用	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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 F4-1a)。	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
(如果现被访老人已婚而且配偶存活, 若是 2014 年调查过的老人跳至 F4-6, 若是新增老人跳至 F4-2) F4-1a 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, 则跳至 F5 如果是, 从____年__月开始在一起居住生活	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
F4-2 您一共结过几次婚?	_____次	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
F4-3 请您告诉我您的每次婚姻您与配偶相处得好吗?			

初婚（如结过 1 次婚，问完初婚后跳至 F4-4）。		○	<input type="checkbox"/>
1. 好    2. 一般    3. 不好			
第二次婚姻（如结过 2 次婚，问完第二次婚姻后跳至 F4-4）		○	<input type="checkbox"/>
1. 好    2. 一般    3. 不好			
第三次婚姻（如结过 3 次婚，问完第三次婚姻后跳至 F4-4）		○	<input type="checkbox"/>
1. 好    2. 一般    3. 不好			
第四次婚姻（如结过 ≥4 次婚，问完第四次婚姻后跳至 F4-4）		○	<input type="checkbox"/>
1. 好    2. 一般    3. 不好			
F4-4 您老伴（如再婚指最后一个老伴）上过几年学？	_____ 年（未念过书：00）	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F4-5 您老伴（如再婚指最后一个老伴）60 岁以前主要从事什么工作？（单选）	0. 专业技术人员/医生/教师 1. 行政管理 2. 一般职员/服务人员/工人 3. 自由职业者          4. 农民 5. 家务劳动 6. 军人 7. 无业人员 8. 其他（请注明）_____	○	<input type="checkbox"/>
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="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="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="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（跳至 F6-4）    2. 不能	○	<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="checkbox"/>
F6-2 您 60 岁时，如果生了病能及时得到治疗吗？	1. 能    2. 不能    8. 未回答	○	<input type="checkbox"/>
F6-3 您童年时，生病了能及时得到治疗吗？	1. 能    2. 不能    8. 未回答	○	<input type="checkbox"/>

<p><b>F6-4 您目前有哪些社会保障和商业保险？</b></p> <p>（在各项保障和保险对应的方框内选择：0. 没有；1. 有）</p>	<p>0. 没有</p> <p>1. 退休金</p> <p>2. 养老金</p> <p>3. 商业养老保险</p> <p>4. 公费医疗</p> <p>5. 城镇职工/居民医疗保险</p> <p>6. 新型农村合作医疗保险</p> <p>7. 商业医疗保险</p> <p>8. 其他(请注明)_____</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>F6-5.1 您过去一年实际花费的门诊医疗费用</b>（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？</p>	<p>_____元（超过 10 万元，请填写 99998；不知道填 99）</p> <p>其中，家庭支付的费用（包括自己、配偶、子女等）为_____元（超过 10 万元，请填写 99998；不知道填 99）</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>F6-5.1-a 您过去一年实际花费的住院医疗费用</b>（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？</p>	<p>_____元（超过 10 万元，请填写 99998；不知道填 99）</p> <p>其中，家庭支付的费用（包括自己、配偶、子女等）为_____元（超过 10 万元，请填写 99998；不知道填 99）</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>F6-5.2 您的医疗费用主要由谁支付？（单选）</b></p>	<p>1. 城镇职工/居民医疗保险</p> <p>2. 新型农村合作医疗保险</p> <p>3. 商业医疗保险      4. 自己</p> <p>5. 配偶                  6. 子女/孙子女</p> <p>7. 没钱付医药费      8. 其他</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>F6-5.2-a 从您家到最近的医疗机构有多远？</b></p>	<p>_____公里</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>F6-5.2-b 您是否进行每年一次的常规体检？</b></p>	<p>1. 是    2. 否</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>F6-6. 您童年时，是否经常挨饿？</b></p>	<p>1. 是    2. 否    8. 未回答</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>



F7-1 您母亲还健在吗?	1. 是      2. 否 (跳至 F7-2.2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F7-2.1 (如果健在) 她现在多大年龄?	_____ 岁 (跳至 F8-1)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F7-2.2 (如果去世) 她去世时的年龄?	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F7-3 (如果去世) 她去世时, 您本人多大年龄?	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F7-4 您母亲上过几年学?	_____ 年 (未念过书: 00)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-1 您父亲还健在吗?	1. 是      2. 否 (跳至 F8-2.2)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-2.1 (如果健在) 他现在多大年龄?	_____ 岁 (跳至 F8-4)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-2.2 (如果去世) 他去世时的年龄多大?	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-3 (如果去世) 他去世时, 您本人多大年龄?	_____ 岁	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-4 您父亲 60 岁以前主要从事什么工作: (单选)	0. 专业技术人员/医生/教师 1. 行政管理 2. 一般职员/服务人员/工人 3. 自由职业者      4. 农民 5. 家务劳动 6. 军人 7. 无业人员 8. 其他 (请注明) _____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-5 您小时候您父亲主要从事什么工作:	0. 专业技术人员/医生/教师 1. 行政管理 2. 一般职员/服务人员/工人 3. 自由职业者      4. 农民 5. 家务劳动 6. 军人 7. 无业人员 8. 其他 (请注明) _____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F8-6 您父亲上过几年学?	_____ 年 (未念过书: 00)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F9-1 您排行第几?	_____ (无兄弟姐妹者填 "01", 并跳至 F10)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																									
F9-2 请告诉我您所有的 (包括已去世) 同胞兄弟姐妹 (不含本人) 的情况, 从老大开始。  项目选项:  性别:    1. 男      2. 女	<table border="1"> <thead> <tr> <th>排行</th> <th>性别</th> <th>是否健在</th> <th>年龄</th> <th>居住地</th> <th>是否常来看您</th> <th>是否经常通讯联系</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	排行	性别	是否健在	年龄	居住地	是否常来看您	是否经常通讯联系																																																																							<table border="1"> <thead> <tr> <th>排行</th> <th>性别</th> <th>是否健在</th> <th>年龄</th> <th>居住地</th> <th>是否常来看您</th> <th>是否经常通讯联系</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	排行	性别	是否健在	年龄	居住地	是否常来看您	是否经常通讯联系																																																																						
排行	性别	是否健在	年龄	居住地	是否常来看您	是否经常通讯联系																																																																																																																																																						
排行	性别	是否健在	年龄	居住地	是否常来看您	是否经常通讯联系																																																																																																																																																						

<p>是否健在: 1.健在 2.已过世</p> <p>年龄: 健在者, 填写目前的年龄; 过世者, 填写去世时的年龄。 (若不知道准确年龄, 请访问 员帮助老人回忆, 并估算一下 大致年龄, 参见访问员手册)</p> <p>居住地: 健在者, 填现在居住地; 去世者, 填去世时的居住地。</p> <p>1.本村(街道) 2.本乡或本区 3.本县(市) 4.本省其他县(市) 5. 其他地方 8.不知道</p> <p>是否常来看您: 1.是 2.否</p> <p>是否经常通讯联系: 1.是 2.否</p>	1								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	5								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	6								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	7								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	8								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	9								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	10								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F10 请问您一生总共生过几个孩子 (包括去世的)?	_____个; 其中, 男_____个							<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>						
F10-1 请问您生第一个孩子时的年龄	_____岁							<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
F10-2 请问您生最后一个孩子时的年龄	_____岁							<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
<p>F10-3 请您告诉我您所有孩子(包括已去世, 包括非亲生)的情况 (从老大开始)。</p> <p>项目选项:</p> <p>是否亲生: 1. 是 2. 否 性 别: 1. 男 2. 女 是否健在: 1. 健在 2. 已去世</p> <p>年龄: 如果健在, 请填写目前年龄, 如果过世, 请填写他/她去世时年龄。(若不知道准确年龄, 请访问员帮助老人回忆, 并估算一下大致年龄, 参见访问员手册)。</p> <p>是否常来看您: 1. 是 2. 否 是否常通讯联系: 1. 是 2. 否</p> <p>居住地: 健在者填现在居住地, 去世者填去世时居住地。 0. 与老人同住</p>	排行	是否亲生	性别	是否健在	年龄	是否常来看您	经常通讯联系	居住地	是否亲生	性别	是否健在	年龄	是否常来看您	经常通讯联系	居住地
	1								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	5								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	6								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	7								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	8								<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. 本村(街道) 2. 本乡或本区 3. 本县(市) 4. 同省其它县(市) 5. 其他地方 8. 不知道	9								○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10								○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11								○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12								○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13								○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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    11. 网聊									第一                  第二                  第三 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
*F11-2 如果您有心事或想法,最先向谁说? (限选二项) (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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
*F11-3 如果您遇到问题和困难,最先想找谁解决? (限选二项) (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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
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	○	儿子	女儿	孙子女								
	_____元	_____元	_____元		<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"/>								
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="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"/>								

<b>F14 您所在社区有哪些为老年人提供的社会服务？（多选）</b> F14-1 起居照料 F14-2 上门看病、送药 F14-3 精神慰藉，聊天解闷 F14-4 日常购物 F14-5 组织社会和娱乐活动 F14-6 提供法律援助（维权） F14-7 提供保健知识 F14-8 处理家庭邻里纠纷 F14-9 其它（请注明）： _____	1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有 1. 有      2. 没有	○	F14-1 <input type="checkbox"/> F14-2 <input type="checkbox"/> F14-3 <input type="checkbox"/> F14-4 <input type="checkbox"/> F14-5 <input type="checkbox"/> F14-6 <input type="checkbox"/> F14-7 <input type="checkbox"/> F14-8 <input type="checkbox"/> F14-9 <input type="checkbox"/>
<b>F15 您是否希望社区为老年人提供下列社会服务？（多选）</b> F15-1 起居照料 F15-2 上门看病、送药 F15-3 精神慰藉，聊天解闷 F15-4 日常购物 F15-5 组织社会和娱乐活动 F15-6 提供法律援助（维权） F15-7 提供保健知识 F15-8 处理家庭邻里纠纷 F15-9 其它（请注明）： _____	1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否 1. 是      2. 否	○	F15-1 <input type="checkbox"/> F15-2 <input type="checkbox"/> F15-3 <input type="checkbox"/> F15-4 <input type="checkbox"/> F15-5 <input type="checkbox"/> F15-6 <input type="checkbox"/> F15-7 <input type="checkbox"/> F15-8 <input type="checkbox"/> F15-9 <input type="checkbox"/>
<b>*F16 您希望哪一种居住方式</b> （此题必须由老人本人回答）	1. 独居(或仅与配偶居住)，子女在不 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、老年公寓或福利院； 8. 不知道；		<input type="checkbox"/>

G 生理健康			编码
<b>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。）</b>	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"/>
<b>G2-1 请问您有几颗牙（不包括假牙）？</b>	_____颗	○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>G2-2 请问您是否戴假牙？</b>	1. 是              2. 否	○	<input type="checkbox"/>

G2-3 您一天刷几次牙？ (如果老人现在有牙齿(包括假牙)，则问现在的刷牙情况；如果老人没有牙齿，则问他/她有牙齿的时候的刷牙情况)	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	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<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="radio"/>	<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="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G3 请问您能用筷子吃饭吗？	1. 是      2. 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G4 请问您吃饭习惯用哪只手？	1. 右手      2. 左手	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G5-1 你在过去的一年里跌倒过吗？	1. 是      2. 否 (如果否，则跳至问题 G5)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G5-2 在过去的一年里，你跌倒过多少次？	_____次 (不记得请填写 88)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G5-3 在那次/任何一次的跌倒中，你有没有严重受伤到需要治疗？	1. 是      2. 否      3. 不记得	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 血压 (访问员需为老人测量 <b>两次</b> 血压，两次之间的间隔至少为 <b>1 分钟</b> ) G6-1-1 收缩压 G6-1-2 舒张压  G6-2-1 收缩压 G6-2-2 舒张压	<b>第一次：</b> 收缩压_____毫米汞柱 舒张压_____毫米汞柱 <b>第二次：</b> 收缩压_____毫米汞柱 舒张压_____毫米汞柱	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G7 心率	_____次/分钟		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G8 上肢活动能力： G8-1 手触颈根	1. 只能用右手      2. 只能用左手 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 3. 双手都能    4. 双手都不能	<input type="checkbox"/>
G8-3 手臂上举	1. 只能用右手    2. 只能用左手 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） 999 无法测量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
G10-1-1 被访老人的小腿围（厘米）：	_____厘米（四舍五入至整数）	<input type="text"/> <input type="text"/>
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	_____厘米（四舍五入至整数） 999 无法测量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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）	_____厘米（四舍五入至整数） _____厘米（四舍五入至整数）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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：

- （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。

图 1

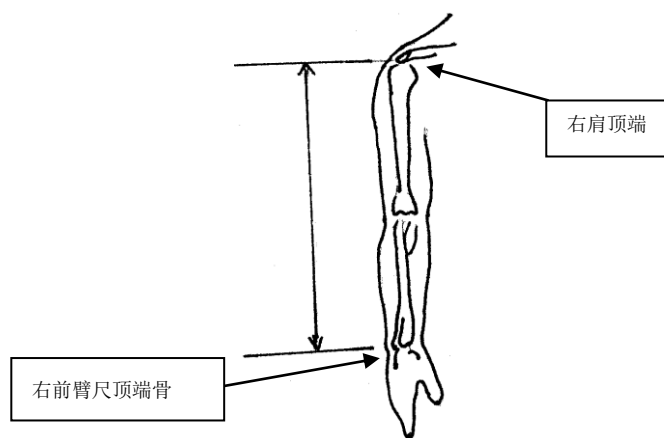
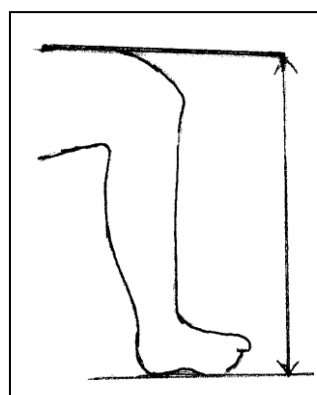


图 2



G10-2c 测量老人腰围	_____厘米（四舍五入至整数）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
G10-2d 测量老人臀围	_____厘米（四舍五入至整数）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### 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髂骨的位置。用铅笔在右髂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 展示了髂骨的腰腹部位置。调查人员再站到被访老人左侧重复上述步骤。

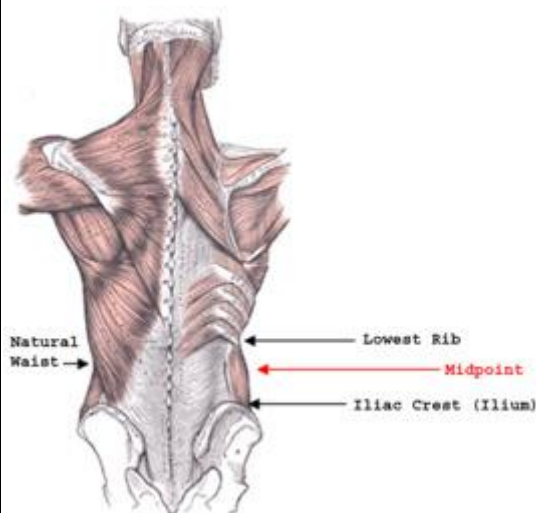
2) 测量：测量时要求被访老人不能吸气，测量的卷尺不要扭转。将卷尺围绕老人的腰部一周，注意这一周的起点是卷尺的零刻度处。应使用可伸缩的卷尺。在测量时，**将卷尺置于第 1 步标记的水平区域**。最好能站在镜子前测量，从而可以观察测量时卷尺的一周是否处于同一水平面，而没有上下歪斜。或者另请一位帮手站于老人对面，检查卷尺的一周是否平行于地面，以及是否与皮肤良好贴合。如果既没有镜子也没有帮手，调查人员则需自行检查。图 1 展示了正确的测量位置。等老人呼气快结束时进行测量。

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



图示 1：在最底部一根肋骨与髂骨之间的测量部位

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（跳至 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="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 G14; 长年卧床不起, 填 88, 仅回答 G13-1); 其中, 住院_____次				○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G13-1 第一次患的什么病 住院或卧床天数	_____病 (编码参照 G14) _____天				○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G13-2 第二次患的什么病 住院或卧床天数	_____病 (编码参照 G14) _____天				○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G13-3 第三次患的什么病 住院或卧床天数	_____病 (编码参照 G14) _____天				○	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G14 您现在是否患有下列慢性疾病?	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.	是否服 药? 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	是否 服 药	影响 程度	
01. 高血压					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02. 糖尿病					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03. 心脏病					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
06. 肺结核					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07. 白内障					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08. 青光眼					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09. 癌症, 及其名称: _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 前列腺疾病					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 胃肠溃疡					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



12. 帕金森氏病					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 褥疮					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 关节炎					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 痴呆					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 癫痫					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
18. 血脂异常					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
20. 慢性肾炎					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 乳腺增生					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 子宫肌瘤					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 前列腺增生					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 肝炎					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 其他, 请说明					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G 生理健康：医生体检部分

G15-1 请问您 24 小时内是否吸过烟? (如回答“否”, 则跳到 G16-1)	1. 是    2. 否    9. 不适用	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G15-2 请问您最近一次吸烟距离现在几个小时?	_____ 小时	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G16-1 请问您 24 小时内是否饮过酒? (如回答“否”, 则跳到 G17)	1. 是    2. 否    9. 不适用	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G16-2 请问您最近一次饮酒距离现在几个小时?	_____ 小时	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## G17 营养补充剂

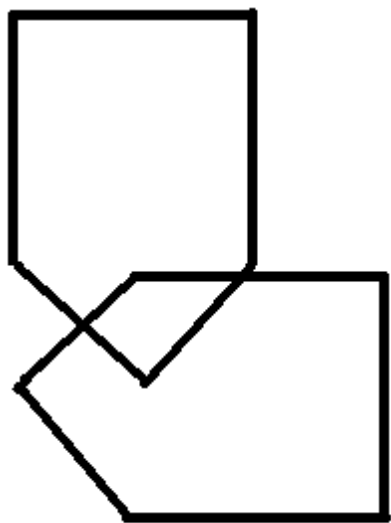
G17-1 您平时是否经常服用营养素补充剂? (如回答“否”, 则跳到 G17-3)	1. 是    2. 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
G17-2 若您平时服用营养素补充剂, 请填写下表:			

营养补充剂	是否食用 1. 是 2. 否	使用年限 _____年	使用频率：1. 偶尔 2. 有时 3. 经常		是否食用	使用年限	使用频率
G17-2.1 蛋白质				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.2 钙				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.3 铁				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.4 锌				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.5 复合维生素				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.6 维生素 A/D				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.7 DHA				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-2.8 其他				<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G17-3 过去 24 小时内您是否服用过营养素补充剂? (如回答“否”，则跳到 G18-1)				1. 是 2. 否 9. 不适用	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
G17-4 请问您最近一次服用营养素补充剂距离现在几个小时?				_____小时	<input type="radio"/>	_____	
G17-5 过去 24 小时服用营养素补充剂的名称?				_____	<input type="radio"/>	_____	
<b>G18 药物服用</b>							
G18-1 过去 24 小时您服用过什么药物? (如回答“否”，则跳到 G19)				1. 是 2. 否	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
G18-2 若您过去 24 小时服用过药物，请问服用过哪类药物?				1. 降血脂药 2. 降压药 3. 口服降糖药 4. 胰岛素 5. 止痛药 6. 抗凝血药 7. 安眠药 8. 治疗哮喘药 9. 止咳药 10. 抗生素 11. 激素类药物 12. 溶栓剂 13. 阿司匹林类 14. 利尿剂 15. 其他 _____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
G18-3 请问您最近一次服用药物距离现在几个小时?				_____小时	<input type="radio"/>	_____	
<b>G19 采集唾液</b> 是否用唾液自我采集器提供了唾液样本?				1. 是 2. 否		<input type="checkbox"/>	
<b>G20 心率</b>				_____ bpm		<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”)	_____	
H5 请确认年龄, 并抄在第一页 (样本类别部分)  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)	_____岁  依据: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

H6 对有无漏问的问题，在离开现场前是否核查了？	1. 是            2. 否	<input type="checkbox"/>
H7 是否有人代替被访老人回答了任何问题？	1. 是    2. 否 <u>(跳至访问员后记)</u>	<input type="checkbox"/>
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。	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_____	<input type="checkbox"/>
访问人员后记		

B 卡



老人参照 B 卡绘图处