

核定機關：行政院主計處
 核定文號：台(90)處普三字
 第 05804 號
 有效期間：中華民國 91 年
 7 月 10 日

行政院主計處
 臺灣地區社會發展趨勢調查訪問表
 —健康安全—
 (乙表)

(15 歲以上成員每人填寫一份)

問卷編號：

(由訪員填註)

縣市代號	鄉鎮市區代號	村里代號	樣本戶號	人口序號

【填表說明】

- 一、填表對象：戶內 15 歲以上人口。(即民國 75 年 9 月 30 日以前出生者)
- 二、問項之填答：1.請在各答案之「」符號，選擇適當答案打「」；無「」者請填寫阿拉伯數字。
2.如勾選「其他」者，請在「_____」處簡單說明。

此欄由訪員填註

壹、基本概況

一、姓名		註號
二、性別	<input type="checkbox"/> ①男 <input type="checkbox"/> ②女	<input type="checkbox"/>
三、出生年月	<input type="checkbox"/> ①民國 _____年____月 <input type="checkbox"/> ②民前 _____年____月	<input type="checkbox"/>
四、婚姻狀況	<input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ②有配偶(含與人同居) <input type="checkbox"/> ③離婚或分居 <input type="checkbox"/> ④喪偶	<input type="checkbox"/>
五、體格狀況	身高_____公分、體重_____公斤【女性懷孕者，請填懷孕前體重】	
六、是否為身心障礙	<input type="checkbox"/> ①是，領有身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> ②是，未領身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> ③否	<input type="checkbox"/>
七、教育程度	<input type="checkbox"/> ①不識字及自修 <input type="checkbox"/> ②國小 <input type="checkbox"/> ③國(初)中、初職 <input type="checkbox"/> ④高中(職)(含五專前三年) <input type="checkbox"/> ⑤專科及大學 <input type="checkbox"/> ⑥研究所及以上	<input type="checkbox"/>
八、工作情形	<input type="checkbox"/> ①有工作，主要工作身分： <input type="checkbox"/> ①雇主 <input type="checkbox"/> ②受私人僱用 <input type="checkbox"/> ③受政府僱用 <input type="checkbox"/> ④自營業者 <input type="checkbox"/> ⑤無酬家屬工作者(全週工作 15 小時以上) <input type="checkbox"/> ②無工作，主要原因： <input type="checkbox"/> ①正在找尋工作或等待恢復工作 <input type="checkbox"/> ②求學 <input type="checkbox"/> ③料理家務 <input type="checkbox"/> ④久病、殘障或年老 <input type="checkbox"/> ⑤賦閒、不想工作 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
【限問有工作者】 九、工作時間	<input type="checkbox"/> ①白天 <input type="checkbox"/> ②晚上 <input type="checkbox"/> ③白天、晚上輪流工作 <input type="checkbox"/> ④白天和晚上都工作	<input type="checkbox"/>
十、個人全年收入 (含利息收入、股票利得、薪資等)	<input type="checkbox"/> ①無任何收入 <input type="checkbox"/> ②未滿 20 萬元 <input type="checkbox"/> ③20-未滿 30 萬元 <input type="checkbox"/> ④30-未滿 40 萬元 <input type="checkbox"/> ⑤40-未滿 60 萬元 <input type="checkbox"/> ⑥60-未滿 80 萬元 <input type="checkbox"/> ⑦80-未滿 100 萬元 <input type="checkbox"/> ⑧100-未滿 150 萬元 <input type="checkbox"/> ⑨150 萬元及以上，大約_____萬元	<input type="checkbox"/>
十一、是否為經濟戶長	<input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是	<input type="checkbox"/>

貳、個人健康

一、最近三個月內，您覺得自己的健康狀況如何？	<input type="checkbox"/> ①健康良好 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不太健康，目前是否能自行料理生活？ <input type="checkbox"/> ①能 <input type="checkbox"/> ②不能，需他人幫忙	註號 <input type="checkbox"/>
二、最近三個月內，您的就醫次數？	<input type="checkbox"/> ①未就醫 <input type="checkbox"/> ②1-4 次 <input type="checkbox"/> ③5-8 次 <input type="checkbox"/> ④9-12 次 <input type="checkbox"/> ⑤13-16 次 <input type="checkbox"/> ⑥17 次以上	<input type="checkbox"/>
三、最近一年內，您曾否做過右列檢查？	1. 量血壓： <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，共_____次 2. 血中膽固醇： <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，共_____次 3. 空腹血糖： <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，共_____次	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

【限問女性】 四、您曾否做過右列檢查？	1. 自我檢查乳房？ <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，最近一年共_____次 2. 醫生檢查乳房？ <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，最近三年共_____次 3. 子宮頸抹片檢查？ <input type="checkbox"/> ①未曾 <input type="checkbox"/> ②曾做過，最近三年共_____次	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
五、最近三個月內，您有沒有持續或規律之運動？	<input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有，1. 平均每週運動幾次？_____次 2. 平均每次運動幾分鐘？ <input type="checkbox"/> ①15 分鐘以下 <input type="checkbox"/> ②16-30 分鐘 <input type="checkbox"/> ③31-60 分鐘 <input type="checkbox"/> ④61 分鐘以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
六、您平時有沒有抽煙的習慣？	<input type="checkbox"/> ①從來沒有 <input type="checkbox"/> ②曾經有，現在沒有 <input type="checkbox"/> ③目前有，平均一天抽多少？ <input type="checkbox"/> ①未滿半包 <input type="checkbox"/> ②半包至未滿 1 包 <input type="checkbox"/> ③1 包至未滿 1 包半 <input type="checkbox"/> ④1 包半至未滿 2 包 <input type="checkbox"/> ⑤2 包以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
七、您平時有沒有吃檳榔的習慣？	<input type="checkbox"/> ①從來沒有 <input type="checkbox"/> ②曾經有，現在沒有 <input type="checkbox"/> ③目前有，平均一天吃多少？ <input type="checkbox"/> ①5 顆以下 <input type="checkbox"/> ②6-10 顆 <input type="checkbox"/> ③11-15 顆 <input type="checkbox"/> ④16-20 顆 <input type="checkbox"/> ⑤21 顆以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
八、您平時幾點睡覺？	<input type="checkbox"/> ①晚上 8-10 時 <input type="checkbox"/> ②晚上 10-12 時 <input type="checkbox"/> ③凌晨 0-2 時 <input type="checkbox"/> ④凌晨 2-4 時 <input type="checkbox"/> ⑤凌晨 4-6 時 <input type="checkbox"/> ⑥其他_____	<input type="checkbox"/>

九、最近四個星期之睡眠品質自我評估	①從未如此	②很少如此	③偶爾如此	④經常如此	⑤總是如此	註號
1. 有入睡困難的情形？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
2. 需要超過一個小時以上才能睡著？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
3. 夜間會醒來三次以上？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
4. 夜間醒來，常需花很長的時間才能再入睡？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
5. 早上會太早醒來？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
6. 擔心不能睡好？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
7. 會喝酒幫助入睡？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
8. 躺床時，腿部會有不安寧或抽動的感覺？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
9. 早上會起不來？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
10. 醒來時仍感覺疲倦？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
11. 我的睡眠無法讓我感到精神飽滿 甦活？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
12. 雖然躺的時間夠長，卻未有足夠需要的睡眠？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
13. 我的睡眠讓我在白天感覺疲乏？	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>

參、就醫行為及資訊來源

一、當您的身體有不舒服之症狀時，通常會先採何種方式治療？	<input type="checkbox"/> ①藥房買藥 <input type="checkbox"/> ②看醫生 <input type="checkbox"/> ③多休息 <input type="checkbox"/> ④服用秘方或偏方 <input type="checkbox"/> ⑤採用民俗療法 <input type="checkbox"/> ⑥不理它 <input type="checkbox"/> ⑦其他_____	註號 <input type="checkbox"/>
二、當您身體不適需看醫生時，有沒有固定找某家醫院或診所？	<input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有 <input type="checkbox"/> ③其他_____	<input type="checkbox"/>
三、您平時最主要的生活保健常識來源？	<input type="checkbox"/> ①電視 <input type="checkbox"/> ②廣播 <input type="checkbox"/> ③報紙 <input type="checkbox"/> ④雜誌 <input type="checkbox"/> ⑤書籍 <input type="checkbox"/> ⑥網際網路 <input type="checkbox"/> ⑦親朋好友 <input type="checkbox"/> ⑧其他_____	<input type="checkbox"/>
四、當您需看醫生的時候，選擇該家醫院或診所的最主要理由？	<input type="checkbox"/> ①醫師醫術好 <input type="checkbox"/> ②醫院設備好 <input type="checkbox"/> ③醫院藥好或給藥天數長 <input type="checkbox"/> ④親友推薦 <input type="checkbox"/> ⑤距離近 <input type="checkbox"/> ⑥服務態度好 <input type="checkbox"/> ⑦交通方便或停車方便 <input type="checkbox"/> ⑧其他_____	<input type="checkbox"/>
五、當您在選擇給某位醫師看病時，最優先考慮的是那項因素？	<input type="checkbox"/> ①學歷 <input type="checkbox"/> ②經歷 <input type="checkbox"/> ③專長 <input type="checkbox"/> ④醫術 <input type="checkbox"/> ⑤醫德 <input type="checkbox"/> ⑥會不會詳細解釋病情、回答問題 <input type="checkbox"/> ⑦態度是否親切 <input type="checkbox"/> ⑧未曾考慮 <input type="checkbox"/> ⑨其他_____	<input type="checkbox"/>

【請續填背面】

肆、個人安全

一、您覺得目前居住地區之治安狀況如何？	<input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③不好 <input type="checkbox"/> ④非常不好	<input type="checkbox"/>
二、您目前居住地區之治安與一年前相較？	<input type="checkbox"/> ①比較好 <input type="checkbox"/> ②差不多 <input type="checkbox"/> ③比較不好	<input type="checkbox"/>
三、當您外出時是否會擔心發生意外事故？	<input type="checkbox"/> ①不會擔心 <input type="checkbox"/> ②有一點擔心 <input type="checkbox"/> ③很擔心 <input type="checkbox"/> ④非常擔心	<input type="checkbox"/>
四、當您需要搭計程車時是否擔心自己的安全問題？	<input type="checkbox"/> ①不會擔心 <input type="checkbox"/> ②有一點擔心 <input type="checkbox"/> ③很擔心 <input type="checkbox"/> ④非常擔心	<input type="checkbox"/>
五、新聞媒體的犯罪報導是否影響您對社會治安的觀感？	<input type="checkbox"/> ①非常有影響 <input type="checkbox"/> ②有影響 <input type="checkbox"/> ③不太有影響 <input type="checkbox"/> ④沒有影響	<input type="checkbox"/>
六、最近一年內，您是否遭受暴力傷害事件？	<input type="checkbox"/> ①有，發生____次 <input type="checkbox"/> ②沒有	<input type="checkbox"/>
七、最近一年內，您是否遭受以強盜或搶奪方式奪取財物事件？	<input type="checkbox"/> ①有，發生____次 <input type="checkbox"/> ②沒有	<input type="checkbox"/>
八、最近一年內，您是否發生被勒贖或恐嚇取財事件？	<input type="checkbox"/> ①有，發生____次 <input type="checkbox"/> ②沒有	<input type="checkbox"/>

伍、事故傷害

一、您最近三個月內是否發生過事故傷害？(突發性意外且就醫治療者，不包括自我傷害、他人加害)

- ①有，____次【請續答二、】
②沒有【以下問項免答】

二、最近三次事故傷害情形：【請依次填答】

第一次事故		註號
(一)此次事故發生之類型？		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (1) 交通事故	1. 交通事故發生之時段？ <input type="checkbox"/> ①凌晨0-3時 <input type="checkbox"/> ②凌晨3-6時 <input type="checkbox"/> ③上午6-9時 <input type="checkbox"/> ④上午9-12時 <input type="checkbox"/> ⑤下午12-3時 <input type="checkbox"/> ⑥下午3-6時 <input type="checkbox"/> ⑦晚上6-9時 <input type="checkbox"/> ⑧晚上9-12時 2. 交通事故發生時所搭乘之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他____ 3. 交通事故發生時之身份為何？ <input type="checkbox"/> ①駕駛 <input type="checkbox"/> ②乘客 <input type="checkbox"/> ③路人 <input type="checkbox"/> ④其他____ 4. 交通事故發生時對方之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (2) 燒燙傷	是甚麼原因造成燒燙傷？ <input type="checkbox"/> ①加熱器、瓦斯爐 <input type="checkbox"/> ②鞭炮、煙火 <input type="checkbox"/> ③熱水 <input type="checkbox"/> ④吃過燙食物 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (3) 跌倒	是甚麼原因造成跌倒？ <input type="checkbox"/> ①滑倒或絆倒 <input type="checkbox"/> ②跳躍 <input type="checkbox"/> ③撞到或被推擠 <input type="checkbox"/> ④暈倒、癲癇 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (4) 中毒	是甚麼原因造成中毒？ <input type="checkbox"/> ①藥物誤食或過量 <input type="checkbox"/> ②吸入氣體 <input type="checkbox"/> ③食物中毒 <input type="checkbox"/> ④接觸有毒動物或植物 <input type="checkbox"/> ⑤毒性固體或液體 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (5) 其他	請說明 _____	<input type="checkbox"/>
(二) 此次事故發生的地點？	<input type="checkbox"/> ①住家 <input type="checkbox"/> ②學校 <input type="checkbox"/> ③工作場所 <input type="checkbox"/> ④街道公路 <input type="checkbox"/> ⑤運動或遊樂場所、公園 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(三) 此次受傷的部位？(可複選)	<input type="checkbox"/> ①頭或臉或頸 <input type="checkbox"/> ②胸或腹 <input type="checkbox"/> ③背或脊椎或腰 <input type="checkbox"/> ④肩或上肢 <input type="checkbox"/> ⑤臀或下肢 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(四) 接受治療程度？ 【係指最先治療情形】	<input type="checkbox"/> ①看西醫門診 <input type="checkbox"/> ②看中醫門診或國術館 <input type="checkbox"/> ③急診就醫但未住院 <input type="checkbox"/> ④住院一晚及以上 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>

【僅發生一次事故者，以下問項免答；二次以上者請續答】

第二次事故

第二次事故		註號
(一)此次事故發生之類型？		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (1) 交通事故	1. 交通事故發生之時段？ <input type="checkbox"/> ①凌晨0-3時 <input type="checkbox"/> ②凌晨3-6時 <input type="checkbox"/> ③上午6-9時 <input type="checkbox"/> ④上午9-12時 <input type="checkbox"/> ⑤下午12-3時 <input type="checkbox"/> ⑥下午3-6時 <input type="checkbox"/> ⑦晚上6-9時 <input type="checkbox"/> ⑧晚上9-12時 2. 交通事故發生時所搭乘之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他____ 3. 交通事故發生時之身份為何？ <input type="checkbox"/> ①駕駛 <input type="checkbox"/> ②乘客 <input type="checkbox"/> ③路人 <input type="checkbox"/> ④其他____ 4. 交通事故發生時對方之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (2) 燒燙傷	是甚麼原因造成燒燙傷？ <input type="checkbox"/> ①加熱器、瓦斯爐 <input type="checkbox"/> ②鞭炮、煙火 <input type="checkbox"/> ③熱水 <input type="checkbox"/> ④吃過燙食物 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (3) 跌倒	是甚麼原因造成跌倒？ <input type="checkbox"/> ①滑倒或絆倒 <input type="checkbox"/> ②跳躍 <input type="checkbox"/> ③撞到或被推擠 <input type="checkbox"/> ④暈倒、癲癇 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (4) 中毒	是甚麼原因造成中毒？ <input type="checkbox"/> ①藥物誤食或過量 <input type="checkbox"/> ②吸入氣體 <input type="checkbox"/> ③食物中毒 <input type="checkbox"/> ④接觸有毒動物或植物 <input type="checkbox"/> ⑤毒性固體或液體 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (5) 其他	請說明 _____	<input type="checkbox"/>
(二) 此次事故發生的地點？	<input type="checkbox"/> ①住家 <input type="checkbox"/> ②學校 <input type="checkbox"/> ③工作場所 <input type="checkbox"/> ④街道公路 <input type="checkbox"/> ⑤運動或遊樂場所、公園 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(三) 此次受傷的部位？(可複選)	<input type="checkbox"/> ①頭或臉或頸 <input type="checkbox"/> ②胸或腹 <input type="checkbox"/> ③背或脊椎或腰 <input type="checkbox"/> ④肩或上肢 <input type="checkbox"/> ⑤臀或下肢 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(四) 接受治療程度？ 【係指最先治療情形】	<input type="checkbox"/> ①看西醫門診 <input type="checkbox"/> ②看中醫門診或國術館 <input type="checkbox"/> ③急診就醫但未住院 <input type="checkbox"/> ④住院一晚及以上 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>

【僅發生二次事故者，以下問項免答；三次以上者請續答】

第三次事故

第三次事故		註號
(一)此次事故發生之類型？		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (1) 交通事故	1. 交通事故發生之時段？ <input type="checkbox"/> ①凌晨0-3時 <input type="checkbox"/> ②凌晨3-6時 <input type="checkbox"/> ③上午6-9時 <input type="checkbox"/> ④上午9-12時 <input type="checkbox"/> ⑤下午12-3時 <input type="checkbox"/> ⑥下午3-6時 <input type="checkbox"/> ⑦晚上6-9時 <input type="checkbox"/> ⑧晚上9-12時 2. 交通事故發生時所搭乘之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他____ 3. 交通事故發生時之身份為何？ <input type="checkbox"/> ①駕駛 <input type="checkbox"/> ②乘客 <input type="checkbox"/> ③路人 <input type="checkbox"/> ④其他____ 4. 交通事故發生時對方之交通工具為何？ <input type="checkbox"/> ①腳踏車 <input type="checkbox"/> ②機車 <input type="checkbox"/> ③四輪汽車 <input type="checkbox"/> ④大客車 <input type="checkbox"/> ⑤大貨車 <input type="checkbox"/> ⑥無 <input type="checkbox"/> ⑦其他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (2) 燒燙傷	是甚麼原因造成燒燙傷？ <input type="checkbox"/> ①加熱器、瓦斯爐 <input type="checkbox"/> ②鞭炮、煙火 <input type="checkbox"/> ③熱水 <input type="checkbox"/> ④吃過燙食物 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (3) 跌倒	是甚麼原因造成跌倒？ <input type="checkbox"/> ①滑倒或絆倒 <input type="checkbox"/> ②跳躍 <input type="checkbox"/> ③撞到或被推擠 <input type="checkbox"/> ④暈倒、癲癇 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (4) 中毒	是甚麼原因造成中毒？ <input type="checkbox"/> ①藥物誤食或過量 <input type="checkbox"/> ②吸入氣體 <input type="checkbox"/> ③食物中毒 <input type="checkbox"/> ④接觸有毒動物或植物 <input type="checkbox"/> ⑤毒性固體或液體 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (5) 其他	請說明 _____	<input type="checkbox"/>
(二) 此次事故發生的地點？	<input type="checkbox"/> ①住家 <input type="checkbox"/> ②學校 <input type="checkbox"/> ③工作場所 <input type="checkbox"/> ④街道公路 <input type="checkbox"/> ⑤運動或遊樂場所、公園 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(三) 此次受傷的部位？(可複選)	<input type="checkbox"/> ①頭或臉或頸 <input type="checkbox"/> ②胸或腹 <input type="checkbox"/> ③背或脊椎或腰 <input type="checkbox"/> ④肩或上肢 <input type="checkbox"/> ⑤臀或下肢 <input type="checkbox"/> ⑥其他	<input type="checkbox"/>
(四) 接受治療程度？ 【係指最先治療情形】	<input type="checkbox"/> ①看西醫門診 <input type="checkbox"/> ②看中醫門診或國術館 <input type="checkbox"/> ③急診就醫但未住院 <input type="checkbox"/> ④住院一晚及以上 <input type="checkbox"/> ⑤其他	<input type="checkbox"/>