

核定機關：行政院主計處  
 核定文號：處普三字  
 第 0940005030 號  
 有效期間：民國 95 年 6 月底止

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 —

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	常住人口序號

縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區 \_\_\_\_\_ 村里 \_\_\_\_\_ 實地訪問日期：\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**【填表說明】**

- 填表對象：戶內共同生活之 15 歲及以上之人口（即民國 79 年 9 月 15 日(含)以前出生者）。
- 資料標準期間：民國 93 年 9 月 16 日至 94 年 9 月 15 日。
- 問項之填答：1. 凡有「□」符號者，請選擇適當答案打「✓」；無「□」者請以阿拉伯數字填寫。  
2. 如勾選「其他」者，請在「\_\_\_\_\_」處簡單說明。
- 疑難之解決：填表過程中，如有疑難問題，請與各縣市訪員聯繫或電洽行政院主計處中部辦公室。（電話：049-2394032、049-2394034）
- 相關統計資訊網址 <http://www.dgbas.gov.tw> 【行政院主計處→中華民國統計資訊網→社會發展趨勢調查】

**壹、基本概況**

一、性別	①□男                      ②□女
二、出生年月	①□民國____年____月                      ②□民前____年____月
三、婚姻狀況	①□未婚                      ②□有配偶(含與人同居)                      ③□離婚或分居                      ④□喪偶
四、體格狀況	身高_____公分、體重_____公斤【女性懷孕者，請填懷孕前體重】
五、教育程度	①□不識字及自修                      ②□國小                      ③□國(初)中、初職 ④□高中(職)(含五專前三年)                      ⑤□專科及大學                      ⑥□研究所及以上
六、最近一週之工作情形	(1)□有工作，1. 您主要的工作身分： ①□雇主                      ②□受私人僱用                      ③□受政府僱用                      ④□自營業者 ⑤□無酬家屬工作者(全週工作 15 小時以上) 2. 您的工作時間：(以平時之工作時間填答) ①□固定白天工作(早上和下午)                      ②□固定小夜工作(下午至午夜) ③□固定大夜工作(午夜至清晨)                      ④□跨小夜或大夜工作 ⑤□日夜輪班                      ⑥□日夜均工作                      ⑦□其他_____ 3. 您的工作性質：_____(請簡單說明) ①□民意代表、行政或企業之主管、經理人員                      ②□專業人員 ③□技術員及助理專業人員                      ④□事務工作人員 ⑤□服務工作人員及售貨員                      ⑥□農、林、漁、牧工作人員 ⑦□技術及非技術工、機械設備操作工及組裝工、體力工 (2)□無工作，您無工作之主要原因： ①□正在找尋工作或等待恢復工作                      ②□求學                      ③□料理家務 ④□久病、身心障礙或年老                      ⑤□賦閒、不想工作                      ⑥□其他_____
七、個人宗教信仰	(1)□有宗教信仰，您目前信仰之最主要宗教為何？ ①□佛教                      ②□道教                      ③□民間信仰                      ④□天主教 ⑤□基督教                      ⑥□回教                      ⑦□一貫道                      ⑧□其他_____ (2)□無宗教信仰
八、個人全年收入(含利息收入、股票利得、薪資及移轉性收入等)	①□無收入或未滿 20 萬元                      ②□20-未滿 30 萬元                      ③□30-未滿 40 萬元 ④□40-未滿 60 萬元                      ⑤□60-未滿 80 萬元                      ⑥□80-未滿 100 萬元 ⑦□100-未滿 150 萬元                      ⑧□150 萬元及以上，大約_____萬元

**貳、個人健康**

一、您覺得最近三個月自己的健康狀況如何？	(1)□健康良好 (2)□普通 (3)□不太健康，目前是否能自行料理生活？ ①□能                      ②□不能，需他人幫忙
二、您最近三個月就醫次數？	①□未就醫                      ②□1-4 次                      ③□5-8 次 ④□9-12 次                      ⑤□13-16 次                      ⑥□17 次及以上
三、您最近三個月有沒有持續或規律之運動？	(1)□沒有 (2)□有，1. 平均每週運動幾次？_____次 2. 平均每次運動幾分鐘？ ①□15 分鐘及以下                      ②□16-30 分鐘 ③□31-60 分鐘                      ④□61 分鐘及以上
四、您平時幾點睡覺？	①□晚上 8-10 時                      ②□晚上 10-12 時                      ③□凌晨 0-2 時 ④□凌晨 2-4 時                      ⑤□凌晨 4-6 時                      ⑥□其他_____
五、您平時一天共睡幾小時？(含午睡)	約_____小時【請四捨五入，取整數】

六、最近一個月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
1. 有入睡困難的情形？	①□	②□	③□	④□	⑤□
2. 需要超過一個小時以上才能睡著？	①□	②□	③□	④□	⑤□
3. 夜間會醒來三次以上？	①□	②□	③□	④□	⑤□
4. 夜間醒來，常需花很長的時間才能再入睡？	①□	②□	③□	④□	⑤□
5. 早上會太早醒來？	①□	②□	③□	④□	⑤□
6. 擔心不能睡好？	①□	②□	③□	④□	⑤□
7. 躺床時，腿部會有不安寧或抽動的感覺？	①□	②□	③□	④□	⑤□
8. 早上會起不來？	①□	②□	③□	④□	⑤□
9. 醒來時仍感覺疲倦？	①□	②□	③□	④□	⑤□
10. 我的睡眠無法讓我感到精神飽滿甦活？	①□	②□	③□	④□	⑤□
11. 雖然躺的時間夠長，卻未得到足夠需要的睡眠？	①□	②□	③□	④□	⑤□
12. 我的睡眠讓我在白天感覺疲乏？	①□	②□	③□	④□	⑤□

七、最近一個月之精神狀況自我評估	①從未如此	②偶爾會	③有時會	④經常會
1. 您會不會在看電視的時候打瞌睡？	①□	②□	③□	④□
2. 您會不會在拜訪友人中睡著？	①□	②□	③□	④□
3. 您會不會在從事單調的活動時(如開車、上課或聽講等)，只要幾分鐘就覺得昏昏沈沈？	①□	②□	③□	④□
4. 您在搭車的時候，會不會容易睡著？	①□	②□	③□	④□
5. 您會不會在閱讀(看書讀報) 15 分鐘後就開始想睡？	①□	②□	③□	④□
6. 您會不會只要一坐定，10 分鐘之內就會想睡？	①□	②□	③□	④□
7. 您會不會只要一放鬆就打瞌睡？	①□	②□	③□	④□
8. 您會不會在交談中睡著？	①□	②□	③□	④□

**【請續填背面】**

指導員：\_\_\_\_\_ 審核員：\_\_\_\_\_ 訪問員：\_\_\_\_\_

## 參、個人安全

一、您 <b>最近一個月</b> 在外出、工作或做家事時，是否曾發生小意外？ (如忘記關瓦斯或水電等；跌倒、擦傷、割傷等傷害毋需就醫，或僅做簡單處理者)	① <input type="checkbox"/> 從未如此    ② <input type="checkbox"/> 偶爾會    ③ <input type="checkbox"/> 有時會    ④ <input type="checkbox"/> 經常會
二、您 <b>最近三個月</b> 是否有發生過事故傷害而就醫？ (突發性意外且就醫治療者，不包括自我傷害、他人加害)	① <input type="checkbox"/> 有，共計_____次(其中 <b>最近一個月</b> _____次) 【請續答三、最近一次事故傷害之情形及肆、個人生活感受】 ② <input type="checkbox"/> 沒有 【請跳答 肆、個人生活感受】

三、 <b>最近一次事故傷害之情形？(最近三個月內無發生事故傷害者免填答)</b>	
(一) 此次事故發生之類型？(請選擇最近一次填答)	(1) <input type="checkbox"/> 交通事故 1. 事故發生時所搭乘之交通工具為何？ ① <input type="checkbox"/> 腳踏車    ② <input type="checkbox"/> 機車    ③ <input type="checkbox"/> 四輪汽車    ④ <input type="checkbox"/> 大客車    ⑤ <input type="checkbox"/> 大貨車    ⑥ <input type="checkbox"/> 無    ⑦ <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 事故發生時之身份為？ ① <input type="checkbox"/> 駕駛    ② <input type="checkbox"/> 乘客    ③ <input type="checkbox"/> 路人    ④ <input type="checkbox"/> 其他_____ 3. 事故發生時對方之交通工具為何？ ① <input type="checkbox"/> 腳踏車    ② <input type="checkbox"/> 機車    ③ <input type="checkbox"/> 四輪汽車    ④ <input type="checkbox"/> 大客車    ⑤ <input type="checkbox"/> 大貨車 ⑥ <input type="checkbox"/> 固定物體(如電線桿、樹木、安全島)    ⑦ <input type="checkbox"/> 沒有碰撞(如自己打滑) ⑧ <input type="checkbox"/> 行人    ⑨ <input type="checkbox"/> 其他_____ 4. 事故發生時，自己是否有喝酒？ ① <input type="checkbox"/> 沒有喝酒    ② <input type="checkbox"/> 有喝酒 5. 事故發生時，對方是否有喝酒？【沒有對方或對方為固定物體者免填答】 ① <input type="checkbox"/> 不知道對方之狀況    ② <input type="checkbox"/> 沒有喝酒    ③ <input type="checkbox"/> 有(或疑似有)喝酒
	(2) <input type="checkbox"/> 燒燙傷 是甚麼原因造成燒燙傷？ ① <input type="checkbox"/> 加熱器、瓦斯爐    ② <input type="checkbox"/> 鞭炮、煙火    ③ <input type="checkbox"/> 熱水    ④ <input type="checkbox"/> 吃過燙食物    ⑤ <input type="checkbox"/> 其他_____
	(3) <input type="checkbox"/> 跌倒 是甚麼原因造成跌倒？ ① <input type="checkbox"/> 滑倒或絆倒    ② <input type="checkbox"/> 跳躍    ③ <input type="checkbox"/> 撞到或被推擠    ④ <input type="checkbox"/> 暈倒、癲癇    ⑤ <input type="checkbox"/> 其他_____
	(4) <input type="checkbox"/> 中毒 是甚麼原因造成中毒？ ① <input type="checkbox"/> 藥物誤食或過量    ② <input type="checkbox"/> 吸入氣體    ③ <input type="checkbox"/> 食物中毒 ④ <input type="checkbox"/> 接觸有毒動物或植物    ⑤ <input type="checkbox"/> 毒性固體或液體    ⑥ <input type="checkbox"/> 其他_____
	(5) <input type="checkbox"/> 其他 請說明 _____

(二)此次事故發生的時段？	① <input type="checkbox"/> 凌晨0-3時    ② <input type="checkbox"/> 凌晨3-6時    ③ <input type="checkbox"/> 上午6-9時    ④ <input type="checkbox"/> 上午9-12時 ⑤ <input type="checkbox"/> 下午12-3時    ⑥ <input type="checkbox"/> 下午3-6時    ⑦ <input type="checkbox"/> 晚上6-9時    ⑧ <input type="checkbox"/> 晚上9-12時
(三)此次事故發生時所進行之活動？	① <input type="checkbox"/> 工作(包括上下班與職業駕駛)    ② <input type="checkbox"/> 上課(包括上下學與學校體育活動) ③ <input type="checkbox"/> 運動    ④ <input type="checkbox"/> 休閒遊玩    ⑤ <input type="checkbox"/> 居家活動(如休息、睡覺、洗澡等) ⑥ <input type="checkbox"/> 行走、駕車或乘車(不包括上下班及上下學)    ⑦ <input type="checkbox"/> 其他_____
(四)此次事故發生的地點？	① <input type="checkbox"/> 住家    ② <input type="checkbox"/> 學校    ③ <input type="checkbox"/> 工作場所    ④ <input type="checkbox"/> 街道公路 ⑤ <input type="checkbox"/> 運動或遊樂場所、公園    ⑥ <input type="checkbox"/> 其他_____
(五)此次事故受傷的部位？ 【可複選】	① <input type="checkbox"/> 頭或臉或頸    ② <input type="checkbox"/> 胸或腹    ③ <input type="checkbox"/> 背或脊椎或腰 ④ <input type="checkbox"/> 肩或上肢    ⑤ <input type="checkbox"/> 臀或下肢    ⑥ <input type="checkbox"/> 其他_____
(六)此次事故受傷的性質？ (如多種傷，請填最嚴重者)	① <input type="checkbox"/> 骨折    ② <input type="checkbox"/> 扭傷、拉傷或脫臼    ③ <input type="checkbox"/> 切割傷、咬傷或開放性傷口 ④ <input type="checkbox"/> 瘀傷或表皮傷    ⑤ <input type="checkbox"/> 燒燙傷    ⑥ <input type="checkbox"/> 腦震盪 ⑦ <input type="checkbox"/> 內傷    ⑧ <input type="checkbox"/> 其他_____
(七)此次事故接受治療程度？ (係指最先治療情形)	① <input type="checkbox"/> 看西醫門診    ② <input type="checkbox"/> 看中醫門診或國術館    ③ <input type="checkbox"/> 急診就醫但未住院 ④ <input type="checkbox"/> 住院一晚及以上    ⑤ <input type="checkbox"/> 其他_____

## 肆、個人生活感受

一、您覺得生命有沒有意義？	① <input type="checkbox"/> 非常有意義    ② <input type="checkbox"/> 很有意義    ③ <input type="checkbox"/> 有意義    ④ <input type="checkbox"/> 沒有意義
二、您過去生活中大概有多少愉快的事情？	① <input type="checkbox"/> 所有的事    ② <input type="checkbox"/> 大部分    ③ <input type="checkbox"/> 有一些    ④ <input type="checkbox"/> 沒有
三、您覺得自己快樂嗎？	① <input type="checkbox"/> 不快樂    ② <input type="checkbox"/> 快樂    ③ <input type="checkbox"/> 相當快樂    ④ <input type="checkbox"/> 非常快樂
四、您對現在生活有多少事感到滿意？	① <input type="checkbox"/> 每一件事    ② <input type="checkbox"/> 大部分事    ③ <input type="checkbox"/> 有一些事    ④ <input type="checkbox"/> 沒有任何事
五、您對未來感到樂觀嗎？	① <input type="checkbox"/> 非常樂觀    ② <input type="checkbox"/> 很樂觀    ③ <input type="checkbox"/> 有些樂觀    ④ <input type="checkbox"/> 不樂觀