

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】

- 一、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）。
- 二、資料標準期間：民國 93 年 9 月 16 日至 94 年 9 月 15 日。
- 三、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。
- 四、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）
- 五、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、您最近三個月的就醫次數？	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 最近一個月 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 最近三個月 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 最近一個月 _____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、 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)	
(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