

# 新竹市政府

## 新竹市成年智障者及其家庭主要照顧者健康與社會照護需求調查（訪問主要照顧者）

調查期間：民國 年 月 日至 年 月 日

### A 卷(男性智障者)

是否有參加 2004 年的調查：☐是 ☐否

2004 年之受訪者家庭主要照顧者是否同一位：☐是 ☐否

（如果受訪的智障者也有參加 2004 年的研究，則邀請同一位主要照顧者為受訪對象）

訪問區域：☐☐

問卷編號：☐☐-☐☐☐☐

#### 訪談記錄

次數	日期	時間	執行事項	成功	拒絕
			1. 電話確認到訪時間 2. 家訪		
第一次					
第二次					
第三次					
第四次					
第五次					

訪員簽名\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

督導簽名\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※訪員請依樣本表中成年智障者的基本資料填寫 X1 至 X5（請訪員填寫）

( )	X1. 成年智障者戶籍所在地：新竹市_____區			
( )	X2. 成年智障者的性別：	<input type="checkbox"/> 01. 男	<input type="checkbox"/> 02. 女	
( )	X3. 成年智障者出生年月：_____年_____月（訪員請自行換算障礙者年齡後，填入障礙者年齡）_____歲（即 96-出生年=年齡）			
( )	X4. 成年智障者身心障礙等級：			
	<input type="checkbox"/> 01.輕度	<input type="checkbox"/> 02.中度	<input type="checkbox"/> 03. 重度	<input type="checkbox"/> 04. 極重度
( )	X5. 成年智障者為多重障礙			
	<input type="checkbox"/> 01. 是		<input type="checkbox"/> 02. 否	

您好：

請問您是○○的□□嗎？我是××××，是陽明大學和新竹市政府合作方案的訪員，這是一份想關心您生活相關狀況的問卷，請您依自己的狀況回答以下的問題，回答完問卷後，

我們有一份很小的禮物要致贈給您，代表我們對您的謝意。

\*訪問開始，訪員請記下現在時間 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日，星期 \_\_\_\_， \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分

## A、智障者基本資料

※※首先我們有幾個是關於○○（指智障者）的資料想請教您※※

( )	※A1.居住區域：(請訪員核對是否與 X1 一致)			
	□01 北區	□02 東區	□03 香山區	
( )	※A2. ○○的性別：	□01. 男	□02. 女(請訪員核對是否與 X2 一致)	
( )	※A3. ○○出生年：民國_____年 _____月		請訪員換算：_____歲 (請訪員核對是否與 X3 一致)	
( )	※A4.○○障礙等級：(請訪員核對是否與 X4 一致)			
	□01 輕度	□02 中度	□03 重度	□04 極重度
( )	A5-1. ○○有無其他障礙類別(多重障礙)？ (依據手冊)(請訪員核對是否與 X5 一致)			
	□01. 無		□02.有(續答 A5-2)	

( )	A5-2. 有，其他障別是 [1 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01.視覺障礙		<input type="checkbox"/> 02.聽覺機能障礙	
	<input type="checkbox"/> 03.平衡機能障礙			
	<input type="checkbox"/> 04.聲音機能或語言機能障礙		<input type="checkbox"/> 05.肢體障礙	
	<input type="checkbox"/> 06.重要器官失去功能			
	<input type="checkbox"/> 07.顏面損傷者		<input type="checkbox"/> 08.失智症	
<input type="checkbox"/> 09.自閉症				
<input type="checkbox"/> 10.多重障礙		<input type="checkbox"/> 11.頑性（難治型）癲癇症		<input type="checkbox"/> 12.因罕見疾病而致身心功能障礙
<input type="checkbox"/> 13.慢性精神病		<input type="checkbox"/> 14.其他，請說明：_____		
( )	※A6.○○教育程度：【請注意！是問智障者本身】			
	<input type="checkbox"/> 01 未受教育/無（0 年）	<input type="checkbox"/> 02. 國小/小學（6 年）	<input type="checkbox"/> 03. 國中/初中（9 年）	<input type="checkbox"/> 04. 高中/高職（12 年）
	<input type="checkbox"/> 05. 其他，請說明：_____；請訪員換算受教育共_____年			
( )	※A7-1.○○婚姻狀況：			
	<input type="checkbox"/> 01. 未婚		<input type="checkbox"/> 02. 離婚	
	<input type="checkbox"/> 03. 喪偶			
<input type="checkbox"/> 04. 同居		<input type="checkbox"/> 05. 分居		<input type="checkbox"/> 06. 已婚（續答 A7-2）
( )	A7-2. 已婚，配偶為			
	<input type="checkbox"/> 01.本籍		<input type="checkbox"/> 02.外籍	
<input type="checkbox"/> 03.大陸籍				
( )	※A8-1.○○的子女狀況：			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道		<input type="checkbox"/> 02. 沒有	
<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 A8-2）				
( )	A8-2.有，子女 _____ 個			

( )	A9.○○的就業情況：(備註：這可能需要訪員說明，照顧者可能無法分辨是哪一種)		
	[2 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01 無工作	<input type="checkbox"/> 02 庇護性 (指在機構提供的工作場所)	<input type="checkbox"/> 03 支持性 (指有專業工作者陪同)(機構找的，在一般的就業市場，初期有輔導員)
	<input type="checkbox"/> 04 競爭性(一般就業市場)(指自己找的)		<input type="checkbox"/> 05 其他，請說明：_____
( )	※A10.○○的父親教育程度(最高學歷)：(填上共幾年)		
	<input type="checkbox"/> 01. 未受教育(0 年)	<input type="checkbox"/> 02. 國小/小學(6 年)	<input type="checkbox"/> 03. 國中/初中(9 年)
	<input type="checkbox"/> 04. 高中/高職(12 年)	<input type="checkbox"/> 05. 大專/大學(15/16 年)	
	<input type="checkbox"/> 06. 研究所以上 (____年，請訪員問碩士或博士，不同年)		
	<input type="checkbox"/> 07. 其他，請說明：_____		
	請訪員換算接受教育共____年		

## B、智障者健康議題

※※首先我們有幾個是關於○○（指智障者）健康議題的資料想請教您※※

( )	B1-1. ○○身高與體重			
	身高：_____公分		體重：_____公斤	
( )	B1-2.BMI：_____（BMI = 體重(公斤) / 身高 <sup>2</sup> (公尺 <sup>2</sup> ）（請訪員換算） （如：48 公斤，158 公分，其 BMI=19.2）			
( )	B2-1.○○ 是否曾被診斷有以下之心理或精神疾病			
	<input type="checkbox"/> 01.沒有		<input type="checkbox"/> 02. 有（續答 B2-2、B2-3）	
( )	B2-2.○○有以下疾病（可複選）[3 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 憂鬱（depression）		<input type="checkbox"/> 02. 焦慮（緊張）	<input type="checkbox"/> 03. 躁鬱症（bipolar disorder）
	<input type="checkbox"/> 04. 失智		<input type="checkbox"/> 05. 精神分裂症	<input type="checkbox"/> 06. 過動
	<input type="checkbox"/> 07. 強迫症		<input type="checkbox"/> 08. 其他精神病，請說明_____	
( )	B2-3. 因這個病○○看病的情況			
	<input type="checkbox"/> 01. 定期(每三個月回診一次)	<input type="checkbox"/> 02. 有需要時	<input type="checkbox"/> 03. 不定期	<input type="checkbox"/> 04. 沒有去看病
( )	B3-1.○○除智障或精障之外，有無其他診斷或正在治療的疾病？			
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有		<input type="checkbox"/> 02. 有（續答 B3-2、B3-3）	

( )	B3-2.○○有以下疾病(可以複選) [4 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 腦性麻痺	<input type="checkbox"/> 02. 唐氏症		<input type="checkbox"/> 03. 癲癇
	<input type="checkbox"/> 04. 痛風	<input type="checkbox"/> 05. 糖尿病		<input type="checkbox"/> 06. 高血壓
	<input type="checkbox"/> 07. 消化道潰瘍	<input type="checkbox"/> 08. 中風		<input type="checkbox"/> 09. 尿道發炎
	<input type="checkbox"/> 10. 心臟病	<input type="checkbox"/> 11. 肝炎（如 B、C 型肝炎）		<input type="checkbox"/> 12. 肺結核
	<input type="checkbox"/> 13. 氣喘	<input type="checkbox"/> 14. 皮膚病（含濕疹、乾癬）		<input type="checkbox"/> 15. 其他，請說明：_____
( )	B3-3. 因這個病○○看病的情況			
	<input type="checkbox"/> 01. 定期(每三個月回診一次)	<input type="checkbox"/> 02. 有需要時	<input type="checkbox"/> 03. 不定期	<input type="checkbox"/> 04. 沒有去看病
( )	B4.○○過去六個月是否有以下之健康相關情況（可複選） [5 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 感冒		<input type="checkbox"/> 02. 結膜炎	<input type="checkbox"/> 03. 蛀牙
	<input type="checkbox"/> 04. 腹瀉		<input type="checkbox"/> 05. 便秘	
	<input type="checkbox"/> 06. 其他，請說明_____		<input type="checkbox"/> 07. 以上都沒有（選此答案，只能單選）	
( )	B5-1. ○○過去半年曾經住院嗎？			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道		<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 B5-2 及 B5-3）
( )	B5-2. 這半年中○○住院共_____次			
( )	B5-3. ○○住院原因			
	<input type="checkbox"/> 01. 生病		<input type="checkbox"/> 02. 意外傷害	<input type="checkbox"/> 03. 其他_____
( )	B6-1. 過去六個月○○是否發生意外事件(可複選)			
	<input type="checkbox"/> 01.無	<input type="checkbox"/> 02. 割傷穿刺傷（含刺傷、刀傷）	<input type="checkbox"/> 03. 撞傷	<input type="checkbox"/> 04. 跌倒（續答 B6-2）

( )	B6-2. ○○這六個月來共跌倒 _____ 次	
( )	B7-1. ○○是否有規律做運動？	
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有(不用續答 B7-2)	<input type="checkbox"/> 02. 不定期
	<input type="checkbox"/> 03. 每個月一次	<input type="checkbox"/> 04. 每週一次
	<input type="checkbox"/> 05. 每週三次或以上	
( )	B7-2. ○○每次運動時間多長？	
	<input type="checkbox"/> 01. 30 分鐘以下	<input type="checkbox"/> 02. 30 分鐘或以上
( )	B8. ○○ 的視力狀況	
	<input type="checkbox"/> 01. 清晰	<input type="checkbox"/> 02. 單眼模糊
	<input type="checkbox"/> 03. 雙眼模糊	<input type="checkbox"/> 04. 單眼失明
	<input type="checkbox"/> 05. 雙眼失明	<input type="checkbox"/> 06. 其他，請說明：_____
( )	B9. ○○的聽力情況	
	<input type="checkbox"/> 01. 清晰	<input type="checkbox"/> 02. 單耳重聽
	<input type="checkbox"/> 03. 雙耳重聽	<input type="checkbox"/> 04. 單耳失聰
	<input type="checkbox"/> 05. 雙耳失聰	<input type="checkbox"/> 06. 其他，請說明：_____
( )	B10. ○○的表達能力 [6 號提示卡]	
	<input type="checkbox"/> 01. 良好	<input type="checkbox"/> 02. 僅可表達簡單的句子
	<input type="checkbox"/> 03. 僅可表達句子的片斷	<input type="checkbox"/> 04. 僅可表達單字
	<input type="checkbox"/> 05. 僅能以行為語言表達	
	<input type="checkbox"/> 06. 無法言語/言語無法令人理解/言語不具意義	



( )	B11. ○○理解能力 [7 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 良好		<input type="checkbox"/> 02. 僅可理解簡單的句子	
	<input type="checkbox"/> 03. 僅可理解關鍵字		<input type="checkbox"/> 04. 僅能理解肢體語言	
	<input type="checkbox"/> 05. 無法判斷理解能力			
( )	B12-1. ○○是否使用輔具？			
	<input type="checkbox"/> 01. 否		<input type="checkbox"/> 02. 有（續答 B12-2）	
( )	B12-2. ○○使用哪些輔具（可複選）[8 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 使用單手拐杖	<input type="checkbox"/> 02. 使用助行器	<input type="checkbox"/> 03. 使用腋下拐杖	<input type="checkbox"/> 04. 使用輪椅
	<input type="checkbox"/> 05. 義肢	<input type="checkbox"/> 06. 氣墊床	<input type="checkbox"/> 07. 抽痰機	<input type="checkbox"/> 08. 助聽器
	<input type="checkbox"/> 09. 便盆椅	<input type="checkbox"/> 10. 眼鏡（擴視鏡、放大鏡）	<input type="checkbox"/> 11. 其他，請說明：_____	
( )	B13-1. ○○有攻擊行為 [9 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有出現		<input type="checkbox"/> 02. 出現過，但是過去 3 天沒有出現	
	<input type="checkbox"/> 03. 過去 3 天中有 1-2 天出現過		<input type="checkbox"/> 04. 過去 3 天內每天出現	
( )	B13-2. ○○是否有辱罵他人的行為（如：威脅、叫囂別人）			
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有出現		<input type="checkbox"/> 02. 出現過，但是過去 3 天沒有出現	
	<input type="checkbox"/> 03. 過去 3 天中有 1-2 天出現過		<input type="checkbox"/> 04. 過去 3 天內每天出現	
( )	B13-3. ○○是否有身體上的被他人虐待（如：被打、被推、被抓傷、遭受性侵）			
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有出現		<input type="checkbox"/> 02. 出現過，但是過去 3 天沒有出現	
	<input type="checkbox"/> 03. 過去 3 天中有 1-2 天出現過		<input type="checkbox"/> 04. 過去 3 天內每天出現	
( )	B14-1. ○○有被強暴的經驗嗎？(指有性交)			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 B14-2）	
( )	B14-2. 有，_____歲時			

(      )	B15. 整體而言，您如何描述○○現在的健康狀況？		
	<input type="checkbox"/> 01. 非常差 (very poor)	<input type="checkbox"/> 02. 差 (poor)	<input type="checkbox"/> 03. 不好不壞 (fair)
	<input type="checkbox"/> 04. 好 (good)	<input type="checkbox"/> 05. 非常好 (excellent)	
(      )	B16. 整體而言，您認為○○在六個月以前的健康狀況		
	<input type="checkbox"/> 01. 非常差 (very poor)	<input type="checkbox"/> 02. 差 (poor)	<input type="checkbox"/> 03. 不好不壞 (fair)
	<input type="checkbox"/> 04. 好 (good)	<input type="checkbox"/> 05. 非常好 (excellent)	

## C、智障者健康服務的使用

※※首先我們有幾個是關於○○（指智障者）健康服務使用的資料想請教您※※

( )	C1. ○○過去這一年曾做過健康檢查		
	<input type="checkbox"/> 01.否	<input type="checkbox"/> 02. 是	
( )	C2. ○○過去半年曾做過牙齒檢查（健保每半年給付一次）		
	<input type="checkbox"/> 01.否	<input type="checkbox"/> 02. 是	
( )	C3. ○○在這一年內曾接種過流行性感冒的疫苗		
	<input type="checkbox"/> 01.否	<input type="checkbox"/> 02. 是	
( )	C4. ○○這半年內有去急診室		
	<input type="checkbox"/> 01.沒有	<input type="checkbox"/> 02. 有	
( )	C5-1. ○○有無牙齒保健？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 C5-2）
( )	C5-2. 有，是什麼（可以複選）[10 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01.飯後使用牙線棒或牙線	<input type="checkbox"/> 02. 飯後立刻刷牙	
	<input type="checkbox"/> 03.使用含有氟化物的牙膏（含氟漱口水）	<input type="checkbox"/> 04. 定期檢查口腔(三個月至半年)	
	<input type="checkbox"/> 05.其他，請說明：_____		

## D、智障者 ADL※全

※※以下我們要請教您有關○○的生活功能情形※※

	項目	分數	內容
( )	D1.進食	10	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內（約 10 秒鐘吃一口可用筷子取食眼前的食物，若需要使用進食輔具時，應會自行穿脫）
		5	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食
		0	<input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長
( )	D2.輪椅與 床位間的 移動	15	<input type="checkbox"/> 可獨力完成，且由床移位至椅子或輪椅，包括輪椅的煞車及移開腳踏板，且沒有安全上的顧慮
		10	<input type="checkbox"/> 需些微的協助（如：予以輕扶以保持平衡）或需要口頭提醒，或有安全顧慮
		5	<input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需要別人幫忙
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需要兩人幫忙方可移位
( )	D3.個人衛生（包含刷牙、洗臉、洗手和梳頭髮和刮鬍子）	5	<input type="checkbox"/> 可獨力完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙才能完成上述盥洗項目
( )	D4.上廁所（包含穿脫衣物、擦拭、沖水）	10	<input type="checkbox"/> 可自行上下馬桶，便後清潔，不會弄髒衣褲，且沒有安全上的顧慮，倘使用便盆，可自行取放並清洗乾淨
		5	<input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙，使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理
		0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙才能完成如廁過程
( )	D5.洗澡	5	<input type="checkbox"/> 可獨力完成是盆浴或沐浴
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙才能完成盆浴或淋浴

( )	D6.平地走動	15	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具（包括穿支架義肢或無輪子之助行器）皆可獨自行走 50 公尺以上）		
		10	<input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭教導方可行走 50 公尺以上		
		5	<input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨自操縱輪椅或電動輪椅（包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿）並可推 50 公尺以上		
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙推動輪椅		
( )	D7.上下樓梯	10	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯（可抓扶手或用拐杖）		
		5	<input type="checkbox"/> 須稍微扶持或口頭指導		
		0	<input type="checkbox"/> 無法上下樓		
( )	D8.穿脫衣褲鞋襪	10	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具		
		5	<input type="checkbox"/> 在別人幫助下，可自行完成一半以上的動作		
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫助		
( )	D9.大便控制	10	<input type="checkbox"/> 不會失禁，必要時會使用塞劑		
		5	<input type="checkbox"/> 偶爾會失禁（每週不超過一次）使用塞劑時需要別人幫助		
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙處理大便事宜		
( )	D10.小便控制	10	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿套		
		5	<input type="checkbox"/> 偶爾會尿失禁（每週不超過一次）使用尿布尿套時需要別人幫忙		
		0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙處理小便事宜		
( )	總得分	( )	<input type="checkbox"/> 01. 輕度失能 (81 至 100 分)	<input type="checkbox"/> 02. 中重度失能 (61 至 80 分)	<input type="checkbox"/> 03. 極重度失能 (60 分以下)
		(訪員僅需勾選分數，不需計算得分；得分由督導自行計算)			

## E、智障者 IADL※全

※※以下我們要請教您有關○○的獨立生活能力※※

	項目	分數	內容
( )	E1.使用電話	3	<input type="checkbox"/> 獨立使用電話，含查電話簿、撥號等
		2	<input type="checkbox"/> 僅可撥熟悉的電話號碼
		1	<input type="checkbox"/> 僅會接電話，不會撥電話
		0	<input type="checkbox"/> 完全不會使用電話或不適用
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E2.上街購物	3	<input type="checkbox"/> 獨力完成所有購物需求
		2	<input type="checkbox"/> 獨立購買日常生活用品
		1	<input type="checkbox"/> 每一次上街購物都需要有人陪
		0	<input type="checkbox"/> 完全不會上街購物
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E3.食物烹飪	3	<input type="checkbox"/> 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜
		2	<input type="checkbox"/> 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜
		1	<input type="checkbox"/> 會將已做好的飯菜加熱
		0	<input type="checkbox"/> 需要別人把飯菜煮好、擺好
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E4.家務維持	4	<input type="checkbox"/> 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助（如搬動沙發、擦地板、洗窗戶）
		3	<input type="checkbox"/> 能做較簡單的家事，如洗碗、舖床、疊被
		2	<input type="checkbox"/> 能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度
		1	<input type="checkbox"/> 所有的家事都需要別人協助

		0	<input type="checkbox"/> 完全不會做家事
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做

( )	E5.洗衣服	2	<input type="checkbox"/> 自己清洗所有衣物
		1	<input type="checkbox"/> 只清洗小件衣物
		0	<input type="checkbox"/> 完全依賴他人洗衣服
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E6.外出	4	<input type="checkbox"/> 能夠自己搭乘大眾運輸工具或自己開車、騎車
		3	<input type="checkbox"/> 可搭計程車或大眾運輸工具
		2	<input type="checkbox"/> 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具
		1	<input type="checkbox"/> 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具
		0	<input type="checkbox"/> 完全不能出門
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E7.服用藥物	3	<input type="checkbox"/> 能自己負責在正確的時間用正確的藥物
		2	<input type="checkbox"/> 需要提醒或少許協助
		1	<input type="checkbox"/> 如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用
		0	<input type="checkbox"/> 不能自己服用藥物
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	E8.處理財務的能力	2	<input type="checkbox"/> 可獨立處理財務
		1	<input type="checkbox"/> 可以處理日常的購買，但需要別人的協助與銀行的往來或大宗買賣
		0	<input type="checkbox"/> 不能處理錢財
		98	<input type="checkbox"/> 從未作過，但是如果教他（她）就會做
( )	總得分		（訪員僅需勾選分數，不需計算得分；得分由督導自行計算）

## I、男性智障者相關檢查

※※以下我們要請教您有關○○的相關檢查情形※※

( )	I1. ○○過去一年有做攝護腺超音波檢查嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有
( )	I2. ○○過去一年有做痛風篩檢檢查嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有
( )	I3. ○○過去一年有做泌尿道疾病檢查嗎（譬如：精索靜脈曲張、攝護腺肥大）？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有
( )	I4. ○○有無男性相關疾病？（有，可複選）[15 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有（回答此題只能單選）	<input type="checkbox"/> 02. 攝護腺肥大	
	<input type="checkbox"/> 03. 疝氣	<input type="checkbox"/> 04. 精索靜脈曲張	
	<input type="checkbox"/> 05. 隱睪症	<input type="checkbox"/> 06. 泌尿道(腎臟，輸尿管，膀胱)結石	
	<input type="checkbox"/> 07. 其他，請說明：_____		



## J、智障者社會與健康服務使用與需求

※※以下想請教您有關您在照顧○○上，使用政府或相關單位提供服務的情形※※

	福利服務 項目	認知狀況 (就您所知， 新竹市(或政 府)有沒 有…)	使用狀況		未使用原因 [16 號提示卡]	未使用原因 (對照表)
( )	※J1. 日間照顧	J1-1. <input type="checkbox"/> 1.有(續答 J1-2~J1-3)	J1-2. <input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未 使用原 因)	J1-3. ( ) 其他原因：____	01. 不需要
( )	(日托中 心、復健 中心/庇護 工場)	<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	02. 知道有該項 服務，但不 知道如何申 請
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	03. 申請手續太 麻煩
( )	※J2. 居家服務	J2-1. <input type="checkbox"/> 1.有(續答 J2-2~J2-3)	J2-2. <input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未 使用原 因)	J2-3. ( ) 其他原因：____	04. 相信一切都 應該靠自己
( )	(居服員 到 家 裡 來)	<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	05. 怕別人笑，不 好意思
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	06. 認為自己資 格不符
( )	J3. 機構喘息 服務	J3-1. <input type="checkbox"/> 1.有(續答 J3-2~J3-3)	J3-2. <input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未 使用原 因)	J3-3. ( ) 其他原因：____	07. 主辦人員的 態度不好
( )	(到機構 去)	<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	08. 申請過，但未 獲准
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	09. 其他

( )	※J4.	J4-1.	J4-2.		J4-3.	01. 不需要 02. 知道有該項服務，但不知道如何申請 03. 申請手續太麻煩 04. 相信一切都應該靠自己 05. 怕別人笑，不好意思 06. 認為自己資格不符 07. 主辦人員的態度不好 08. 申請過，但未獲准 09. 其他
( )	居家喘息服務	<input type="checkbox"/> 1.有(續答 J4-2~J4-3)	<input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未使用原因)	( ) 其他原因：____	
( )	(臨時托育)	<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	
( )	(照顧者到家裡來)	<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	
( )	J5	J5-1.	J5-2.		J5-3.	
( )	居家護理 (護士來家裡照護)	<input type="checkbox"/> 1.有(續答 J5-2~J5-3)	<input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未使用原因)	( ) 其他原因：____	
( )		<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	
( )	※J6.	J6-1.	J6-2.		J6-3.	
( )	全民健康保險費用補助	<input type="checkbox"/> 1.有(續答 J6-2~J6-3)	<input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未使用原因)	( ) 其他原因：____	
( )		<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	
( )	※J7.	J7-1.	J7-2.		J7-3.	
( )	生活輔助器費用補助	<input type="checkbox"/> 1.有(續答 J7-2~J7-3)	<input type="checkbox"/> 1. 有	<input type="checkbox"/> 2. 沒有 (續問未使用原因)	( ) 其他原因：____	
( )		<input type="checkbox"/> 2.沒有			_____	
( )		<input type="checkbox"/> 3.不知道			_____	

## K、主要照顧者家庭社會支持 (FSS) ※全

\*\*\* 接下來，我們想請教您當孩子帶給您一些困擾或問題或令您感到難過時，那些人提供您所需要的幫助\*\*\* [17 號提示卡]

		從未找過 (有此人或知道有此團體但未找過)	沒有什麼幫助	有一點幫助	很有幫助	不適用 (沒有此人)
		0	1	2	3	99
( )	K1、您的先生(太太)					
( )	K2、您的公婆(岳父母)					
( )	K3、您的爸媽					
( )	K4、您先生(太太)的親戚					
( )	K5、您的親戚(包括您的兄弟姐妹)					
( )	K6、您其他的孩子們					
( )	K7、您先生(太太)的朋友					
( )	K8、您的朋友					
( )	K9、保姆或傭人					
( )	K10、有類似問題的父母(如家長)					
( )	K11、鄰居					
( )	K12、信徒或教友					
( )	K13、同事					
( )	K14、醫護人員					
( )	K15、學校或機構老師(含公私立)					
( )	K16、社會工作員(含公私立)					
( )	K17、家長團體(如：仁愛啟智中心、智障者家長總會)或其他協會團體(智障者福利協進會)					
( )	K18、社團活動(如：扶輪社)或其他社團					
( )	K19、其他(如市政府或村里幹事、里長)，請說明：_____					

## L、主要照顧者健康量表 (EQ-5D)- (指 L1-L6)

※請在下列各組選項中，指出哪一個敘述最能描述您（指照顧者本人）今天的健康狀況。※

( )	L1、行動		
	<input type="checkbox"/> 01 「您」可以四處走動，沒有任何問題	<input type="checkbox"/> 02 「您」行動有些不便	<input type="checkbox"/> 03 「您」臥病在床
( )	L2、自我照顧		
	<input type="checkbox"/> 01 「您」能照顧自己，沒有任何問題	<input type="checkbox"/> 02 「您」在盥洗、洗澡或穿衣方面有些問題	<input type="checkbox"/> 03 「您」無法自己盥洗、洗澡或穿衣
( )	L3、平常活動(如工作、讀書、家事、家庭或休閒生活)		
	<input type="checkbox"/> 01 「您」能從事平常活動，沒有任何問題	<input type="checkbox"/> 02 「您」在從事平常活動方面有些問題	<input type="checkbox"/> 03 「您」無法從事平常活動
( )	L4、疼痛/不舒服		
	<input type="checkbox"/> 01 「您」沒有任何疼痛或不舒服	<input type="checkbox"/> 02 「您」覺得中度疼痛或不舒服	<input type="checkbox"/> 03 「您」覺得極度疼痛或不舒服
( )	L5、焦慮/沮喪		
	<input type="checkbox"/> 01 「您」不覺得焦慮沮喪	<input type="checkbox"/> 02 「您」覺得中度焦慮沮喪	<input type="checkbox"/> 03 「您」覺得極度焦慮沮喪
( )	L6、整體而言，請問您覺得自己的身體健康狀況如何？		
	<input type="checkbox"/> 01. 很差	<input type="checkbox"/> 02. 差	<input type="checkbox"/> 03. 不好不壞

	<input type="checkbox"/> 04. 好	<input type="checkbox"/> 05. 很好
--	--------------------------------	---------------------------------

## M、主要照顧者生活品質 (WHO QOL, 姚開屏等, 2004) ※全

※下面，我們想請教您（指照顧者本人）最近“兩個星期”內的生活品質、健康等的

感覺※ 備註：『中等程度好』可以向受訪者解釋指“不好不壞”

- ( ) M1、整體來說，您如何評價您的生活品質？  
☐01. 極不好    ☐02. 不好    ☐03. 中等程度好    ☐04. 好    ☐05. 極好

- ( ) M2、整體來說，您滿意自己的健康嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M3、您滿意自己的睡眠狀況嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M4、您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M5、您滿意自己的工作能力嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M6、您對自己滿意嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M7、您滿意自己的人際關係嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M8、您滿意朋友給您的支持嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M9、您滿意自己住所的狀況嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M10、您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

- ( ) M11、您滿意所使用的交通運輸方式嗎？  
☐01. 極不滿意    ☐02. 不滿意    ☐03. 中等程度滿意    ☐04. 滿意    ☐05. 極滿意

( )	M12、您覺得自己的生命（台語：人生）有意義嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有	<input type="checkbox"/> 02. 有一點有	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度有	<input type="checkbox"/> 04. 很有	<input type="checkbox"/> 05. 極有
( )	M13、您覺得自己有面子或被尊重嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有	<input type="checkbox"/> 02. 有一點有	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度有	<input type="checkbox"/> 04. 很有	<input type="checkbox"/> 05. 極有
( )	M14、您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有 需要	<input type="checkbox"/> 02. 有一點需要	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 需要	<input type="checkbox"/> 04. 很需要	<input type="checkbox"/> 05. 極需要
( )	M15、您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有 妨礙	<input type="checkbox"/> 02. 有一點妨 礙	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度妨礙	<input type="checkbox"/> 04. 很妨礙	<input type="checkbox"/> 05. 極妨礙
( )	M16、您享受生活嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有 享受	<input type="checkbox"/> 02. 有一點 享受	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度享受	<input type="checkbox"/> 04. 很享受	<input type="checkbox"/> 05. 極享 受
( )	M17、您有機會從事休閒活動（台語：消遣）嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有 機會	<input type="checkbox"/> 02. 少許機會	<input type="checkbox"/> 03. 中等程 度機會	<input type="checkbox"/> 04. 很有機會	<input type="checkbox"/> 05. 完全有機 會
( )	M18、在日常中，您感到安全嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全 不安全	<input type="checkbox"/> 02. 有一點安全	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 安全	<input type="checkbox"/> 04. 很安全	<input type="checkbox"/> 05. 極安全
( )	M19、您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全 不健康	<input type="checkbox"/> 02. 有一點健康	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 健康	<input type="checkbox"/> 04. 很健康	<input type="checkbox"/> 05. 極健康
( )	M20、您能接受自己的外表嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全不能 夠	<input type="checkbox"/> 02. 少許 能夠	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 能夠	<input type="checkbox"/> 04. 很能夠	<input type="checkbox"/> 05. 完全能夠
( )	M21、您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全 不方便	<input type="checkbox"/> 02. 少許方便	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 方便	<input type="checkbox"/> 04. 很方便	<input type="checkbox"/> 05. 完全方便
( )	M22、您有足夠的金錢應付所需嗎？				
	<input type="checkbox"/> 01. 完全 不足夠	<input type="checkbox"/> 02. 少許足夠	<input type="checkbox"/> 03. 中等程度 足夠	<input type="checkbox"/> 04. 很足夠	<input type="checkbox"/> 05. 完全足夠

( ) M23、您每天的生活有足夠的精力（台語：精神和力氣）嗎？  
☐01. 完全不足夠      ☐02. 少許足夠      ☐03. 中等程度足夠      ☐04. 很足夠      ☐05.完全足夠

( ) M24、您集中精神的能力有多好（台語：您精神集中的能力有多好）？  
☐01. 完全不好      ☐02. 有一點好      ☐03. 中等程度好      ☐04. 很好      ☐05.極好

( ) M25、您四處行動的能力好嗎？  
☐01. 完全不好      ☐02. 有一點好      ☐03. 中等程度好      ☐04. 很好      ☐05.極好

( ) M26、您想吃的食物通常能吃到嗎？  
☐01. 從來沒有      ☐02. 不常有      ☐03. 一半有一半沒      ☐04. 很常      ☐05.一直都有

( ) M27、您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮（台語：操煩）、憂鬱等）  
☐01. 從來沒有      ☐02. 不常有      ☐03. 一半有一半沒      ☐04. 很常      ☐05.一直都有

( ) M28、您滿意自己的性生活（台語：房間內的事情）嗎？  
☐01. 極不滿意      ☐02. 不滿意      ☐03. 中等程度滿意      ☐04. 滿意      ☐05.極滿意

## N、未來照顧計畫或安排 ※

※※以下要請教您，您對○○(障礙者)未來的照顧安排或計畫※※

( )	N1-1. 當您無法照顧○○（訪員請唸出成年智障者的名字）時，您對他（她）未來照顧的安排有何打算？		
	<input type="checkbox"/> 01 從未想過	<input type="checkbox"/> 02 想過，但還在考慮中	<input type="checkbox"/> 03 幫○○尋找結婚對象來照顧他（她）
	<input type="checkbox"/> 04 送到相關住宿機構裡	<input type="checkbox"/> 05 一直照顧到我無法照顧為止（如死亡、老了、病了）	<input type="checkbox"/> 06 希望由自己的家人繼續照顧（如他（她）的兄弟姊妹或其他親戚）（回答此題續答 N1-2）
	<input type="checkbox"/> 07 其他，請說明：_____		
( )	N1-2. 您希望可以照顧○○的家人是○○他（她）的什麼人		
	<input type="checkbox"/> 01. 哥哥	<input type="checkbox"/> 02. 弟弟	<input type="checkbox"/> 03. 姐姐
	<input type="checkbox"/> 04. 妹妹	<input type="checkbox"/> 05. 其他家人，請說明：_____	



## O、主要照顧者基本資料

（如果照顧者和 2004 年研究時一樣）

※※以下要請教您，您本人的基本資料※※

( )	O1-1. 請問您家有參與 2004 年的研究嗎？（請訪員核對封面資料）		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 O1-2）
( )	O1-2. 三、四年前我們也有做一份家庭訪查，當時也是您本人接受回答嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 是	<input type="checkbox"/> 02. 不是（續答 O1-3）	
( )	O1-3. 原來的照顧者不能照顧的原因：		
	<input type="checkbox"/> 01. 生病	<input type="checkbox"/> 02. 往生	
	<input type="checkbox"/> 03. 其他，請說明：_____		
( )	※O2. 主要照顧者的性別？（訪員請自行填寫受訪之主要照顧者的性別）		
	<input type="checkbox"/> 01. 男性	<input type="checkbox"/> 02. 女性	
( )	※O3. 您和○○的關係：		
	<input type="checkbox"/> 01. 母親	<input type="checkbox"/> 02. 父親	<input type="checkbox"/> 03. 配偶
	<input type="checkbox"/> 04. 兒子	<input type="checkbox"/> 05. 女兒	<input type="checkbox"/> 06. 媳婦
	<input type="checkbox"/> 07. 女婿	<input type="checkbox"/> 08. 兄弟姊妹	<input type="checkbox"/> 09. (外) 祖父母
	<input type="checkbox"/> 10. 孫子女	<input type="checkbox"/> 11. 朋友	<input type="checkbox"/> 12. 其他親戚
	<input type="checkbox"/> 13. 其他，請說明：_____		
( )	※O4. 您的出生年：		請訪員換算：_____歲
	民國_____年_____月		（月的換算五捨六入）
( )	※O5. 教育程度(最高學歷)：（填上共幾年）		
	<input type="checkbox"/> 01. 未受教育（0 年）	<input type="checkbox"/> 02. 國小/小學（6 年）	<input type="checkbox"/> 03. 國中/初中（9 年）
	<input type="checkbox"/> 04. 高中/高職（12 年）	<input type="checkbox"/> 05. 大專/大學（15 或 16 年，請訪員問_____）	
	<input type="checkbox"/> 06. 碩士（18 年）	<input type="checkbox"/> 07. 博士（請訪員問幾年完成_____）	

	<input type="checkbox"/> 08. 其他，請說明：_____；請訪員換算接受教育共_____年。			
( )	※O6. 婚姻狀況：			
	<input type="checkbox"/> 01 未婚	<input type="checkbox"/> 02 已婚	<input type="checkbox"/> 03 離婚	<input type="checkbox"/> 04 喪偶
	<input type="checkbox"/> 05 同居	<input type="checkbox"/> 06 分居		
( )	※O7. 省籍：			
	<input type="checkbox"/> 01 本省閩南人	<input type="checkbox"/> 02 本省客家人	<input type="checkbox"/> 03 外省人	<input type="checkbox"/> 04 原住民
	<input type="checkbox"/> 05 其他，請說明：_____			
( )	※O8. 宗教信仰：			
	<input type="checkbox"/> 01 道教	<input type="checkbox"/> 02. 佛教	<input type="checkbox"/> 03. 民間信仰	<input type="checkbox"/> 04. 一貫道
	<input type="checkbox"/> 05. 基督教	<input type="checkbox"/> 06. 天主教	<input type="checkbox"/> 07 回教	<input type="checkbox"/> 08 無宗教信仰
	<input type="checkbox"/> 09. 其他，請說明：_____			
( )	※O9. 工作狀況：			
	<input type="checkbox"/> 01 全職	<input type="checkbox"/> 02. 兼職	<input type="checkbox"/> 03.一直沒有工作	<input type="checkbox"/> 04.因照顧而無法工作
	<input type="checkbox"/> 05.因為退休現在沒有工作		<input type="checkbox"/> 06. 其他_____	
( )	O10. 照顧歷史：您照顧○○多久了_____年_____月；請訪員換算共 _____ 年（以年為單位，五捨六入）			
( )	O11. 您每天照顧○○的時間：每天_____小時			
( )	O12-1. 您有替代照顧○○的人力嗎：			
	<input type="checkbox"/> 01 無		<input type="checkbox"/> 02 有（續答 O12-2）	
( )	O12-2.最主要替代照顧人力與○○(障礙者)關係：(單選)			
	<input type="checkbox"/> 01. 父親	<input type="checkbox"/> 02. 母親	<input type="checkbox"/> 03. 配偶	<input type="checkbox"/> 04. 兒子
	<input type="checkbox"/> 05. 女兒	<input type="checkbox"/> 06. 媳婦	<input type="checkbox"/> 07. 女婿	<input type="checkbox"/> 08.兄弟姊妹
	<input type="checkbox"/> 09. (外)祖父母	<input type="checkbox"/> 10. 孫子女	<input type="checkbox"/> 11.其他親戚	<input type="checkbox"/> 12. 朋友
<input type="checkbox"/> 13.鄰居	<input type="checkbox"/> 14. 聘用外籍看護工	<input type="checkbox"/> 15. 聘用本籍看護工		

	<input type="checkbox"/> 16. 其他，請說明：_____		
( )	O13. 您有無子女：	<input type="checkbox"/> 01 有(_____個子女) 【如障礙者為子女， 含障礙者】	<input type="checkbox"/> 02 無
( )	O14. 您是否與○○同住：	<input type="checkbox"/> 01 是	<input type="checkbox"/> 02 否
( )	O15.您的（指照顧者）疾病史（可複選）[19 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01.中風	<input type="checkbox"/> 02.高血壓	<input type="checkbox"/> 03.心臟病
	<input type="checkbox"/> 04.糖尿病	<input type="checkbox"/> 05.消化系統（肝、膽、 腸、胃）	<input type="checkbox"/> 06. 腎臟疾病
	<input type="checkbox"/> 07. 脊髓損傷	<input type="checkbox"/> 08. 關節炎	<input type="checkbox"/> 09. 泌尿道疾病
	<input type="checkbox"/> 10. 巴金森氏症	<input type="checkbox"/> 11. 其他呼吸系統疾病	<input type="checkbox"/> 12. 癌症
	<input type="checkbox"/> 13. 心血管疾病	<input type="checkbox"/> 14. 痛風	<input type="checkbox"/> 15. 長期服用精神科藥物（因憂鬱）
	<input type="checkbox"/> 16. 以上皆無 （回答此題只能單選）	<input type="checkbox"/> 17. 其他，請說明：_____	
( )	※O16. 您是否有參加智障相關家長團體？	<input type="checkbox"/> 01.否	<input type="checkbox"/> 02. 是
( )	O17. 如果有一天您失能了，您期望誰會照顧您？[20 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01.○○（指智障者）	<input type="checkbox"/> 02.○○的手足	<input type="checkbox"/> 03.您的配偶
	<input type="checkbox"/> 04.住到養老院		
	<input type="checkbox"/> 05.外籍監護工	<input type="checkbox"/> 06.沒想過	<input type="checkbox"/> 07.想過，但不知道
			<input type="checkbox"/> 08.其他，請說明： _____

## P、家庭基本資料

※※以下要請教您，您的基本資料※※

( )	P1. 家庭結構：				
	<input type="checkbox"/> 01 大家庭(三代直系親屬加上旁系親屬)		<input type="checkbox"/> 02 折衷家庭(三代同堂)		
	<input type="checkbox"/> 03 核心家庭(二代同堂)		<input type="checkbox"/> 04 其他，請說明：_____		
( )	※P2. 您全家一個月的家庭收入：				
	<input type="checkbox"/> 01. 20,000 元以下	<input type="checkbox"/> 02. 20,000~40,000 元	<input type="checkbox"/> 03. 40,001~60,000 元	<input type="checkbox"/> 04. 60,001~80,000 元	<input type="checkbox"/> 05. 80,001 元以上
( )	※P3. 經濟身分：				
	<input type="checkbox"/> 01 一般	<input type="checkbox"/> 02 中低收入戶(月領3000元)		<input type="checkbox"/> 03 低收入戶(月領 6000 元)	
( )	P4. 住宅狀況：				
	<input type="checkbox"/> 01 自有		<input type="checkbox"/> 02 租賃		<input type="checkbox"/> 03 借住
	<input type="checkbox"/> 04 其他，請說明：_____				
( )	P5. 家中失能人口數：_____人(含障礙者)				
( )	P6. 家中同住人數：_____人(含障礙者及外籍監護工)				
( )	P7. 最主要經濟來源(單選)				
	<input type="checkbox"/> 01 家人所得		<input type="checkbox"/> 02 政府補助		<input type="checkbox"/> 03 退休金
	<input type="checkbox"/> 04 其他，請說明：_____				

特殊情形記載：

---

---

非常謝謝您和○○接受我們訪問，如果我們有資料遺漏，還需再和您確認，  
您介意嗎？您方便留下和您聯絡最方便的電話嗎？

電話號碼：\_\_\_\_\_

※ 這個禮物是心路基金會的產品，這是一個由智障者家長組成的團體，  
您有相關問題也可以和他們連絡。最後，非常感謝您的大力配合，  
祝福您平安健康，謝謝。※

禮物簽收：\_\_\_\_\_

督導評估問卷： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

督導簽名： \_\_\_\_\_