

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

B 卷(女性智障者)

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

請訪員在正式訪視前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
()	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 ² (公尺 ² ）（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. 無		<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）			
	<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. ○○有被性侵害的經驗嗎？(指觸摸、身體接觸、吃豆腐)				
	<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				
()	B15-1. ○○有被強暴的經驗嗎？(有性交)			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道		<input type="checkbox"/> 02.沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 B15-2）
()	B15-2. 有，_____歲時			

()	B16. 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)	
()	B17. 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）

F、女性智障者健康議題

※※以下我們要請教您有關○○的月經和健康議題※※

()	F1-1. ○○有懷孕過嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01.不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F1-2.）
()	F1-2. 有，_____次		
()	F2-1. ○○有墮胎過嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01.不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F2-2）
()	F2-2. 有，_____次		
()	F3-1. ○○乳房有切除嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01.不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F3-2 及 F3-3）
()	F3-2. 有，_____歲時		
()	F3-3.切除原因是（問有那些原因）		
	<input type="checkbox"/> 01.腫瘤	<input type="checkbox"/> 02. 其他，請說明：_____	
()	F4-1 ○○輸卵管有結紮嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01.不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F4-2）
()	F4-2. 有，_____歲時		
()	F4-3.結紮原因是（問有那些原因）		
	<input type="checkbox"/> 01.腫瘤	<input type="checkbox"/> 02. 不要生小孩	
	<input type="checkbox"/> 03. 其他，請說明：_____		

()	F5-1. ○○卵巢有摘除嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F5-2 及 F5-3）
()	F5-2. 有，_____歲時		
()	F5-3. 摘除原因		
	<input type="checkbox"/> 01. 腫瘤	<input type="checkbox"/> 02. 不要生小孩	
	<input type="checkbox"/> 03. 其他，請說明：_____		
()	F6-1. ○○子宮有摘除嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F6-2 及 F6-3）
()	F6-2. 有，_____歲時		
()	F6-3. 摘除原因		
	<input type="checkbox"/> 01. 腫瘤	<input type="checkbox"/> 02. 不要生小孩	
	<input type="checkbox"/> 03. 其他，請說明：_____		
()	F7-1. 是否避孕？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 F7-2）
()	F7-2. ○○有避孕，是那一種方法 [11 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01. 子宮內避孕器（如子宮環、子宮圈、樂普(子宮彎)、銅 7、銅 T、母體樂）	<input type="checkbox"/> 02. 口服避孕藥	<input type="checkbox"/> 03. 注射避孕藥
	<input type="checkbox"/> 04. 結紮（輸卵管結紮）（續答 F7-3）		
()	F7-3. 有，在 _____歲時結紮		

G、女性智障者月經議題

一、 以下是有關於○○的月經

()	G1. ○○現在有規律的月經嗎？（指是否有月經週期，非指現在是否月經來潮）		
	<input type="checkbox"/> 01. 現在有規律的月經（續答 G2-1~G9-2）	<input type="checkbox"/> 02. 過去一年混亂，經血量在增加或減少（續答 H2-1~H3）	
	<input type="checkbox"/> 03. 一年及一年以上未來月經（續答 H1-1~H3）		
()	G2-1. ○○的初經（第一次來經）是：		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 知道（續答 G2-2）	
()	G2-2. ○○_____歲時第一次來經		
()	G2-3. 有，○○月經來潮的時間平均持續幾天？		
	<input type="checkbox"/> 01. _____天	<input type="checkbox"/> 02. 不知道	
()	G3. ○○（和一般人比）她的月經經血量：		
	<input type="checkbox"/> 01. 少	<input type="checkbox"/> 02. 差不多	<input type="checkbox"/> 03. 多
()	G4. ○○月經週期如何？		
	<input type="checkbox"/> 01. 總是很規則且是可預期的	<input type="checkbox"/> 02. 通常是規則且是可預期的	<input type="checkbox"/> 03. 不規則且不可預期
()	G5. ○○會自理月經嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 完全不會，教也不會	<input type="checkbox"/> 02. 不會，教了會一些	
	<input type="checkbox"/> 03. 部份會，部份不會	<input type="checkbox"/> 04. 完全會（放、丟、換）	
()	G6. ○○月經期間使用的衛生用品是：		
	<input type="checkbox"/> 01. 衛生棉	<input type="checkbox"/> 02. 衛生棉條	
	<input type="checkbox"/> 03. 紙尿布	<input type="checkbox"/> 04. 其他，請說明：_____	

()	G7. ○○月經來之前有何症狀？（可複選）[12 號提示卡]			
	G7-1 生理	<input type="checkbox"/> 01. 沒有任何症狀 （選這題只能單選）	<input type="checkbox"/> 02. 不確定(照顧者很難確定) （選這題只能單選）	<input type="checkbox"/> 03. 乳房腫脹
		<input type="checkbox"/> 04. 頭痛	<input type="checkbox"/> 05. 身體水腫、體重增加	<input type="checkbox"/> 06. 便秘、噁心（胃腸症狀）
		<input type="checkbox"/> 07. 下腹部腫脹、腰痛（腹部症狀）	<input type="checkbox"/> 08. 心悸	<input type="checkbox"/> 09. 關節疼痛
		<input type="checkbox"/> 10. 肌肉疼痛	<input type="checkbox"/> 11. 其他，請說明：_____	
()	G7-2 情緒 [13 號提示卡]	<input type="checkbox"/> 01. 沒有任何症狀 （選這題只能單選）	<input type="checkbox"/> 02. 不確定(照顧者很難確定) （選這題只能單選）	<input type="checkbox"/> 03. 容易發怒
		<input type="checkbox"/> 04. 容易焦躁/亢奮	<input type="checkbox"/> 05. 憂鬱	<input type="checkbox"/> 06. 注意力不能集中
		<input type="checkbox"/> 07. 疲勞,想睡或失眠	<input type="checkbox"/> 08. 食慾改變，例如吃得太多或渴望食物	
		<input type="checkbox"/> 09. 其他，請說明：_____		
()	G8. ○○曾經使用藥物催經、延經或停經嗎？			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有	
()	G9-1. ○○曾經調過經嗎？			
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 G9-2）	
()	G9-2. 調經方法是：			
	<input type="checkbox"/> 01. 服用中將湯或其他中藥		<input type="checkbox"/> 02. 注射或口服避孕藥	
	<input type="checkbox"/> 03. 其他，請說明：_____			

H、女性智障者停經/更年期議題

二、 以下是有關於○○的停經/更年期（目前尚有月經者，請跳答此部份）

()	H1-1. ○○____歲時出現停經（至今已經____年____個月，訪員換算____年（以年為單位，五捨六進）（G1 回答“2”不回答此題）			
()	H1-2.停經或可能要停經的原因			
	<input type="checkbox"/> 01. 卵巢切除		<input type="checkbox"/> 02. 子宮切除	
	<input type="checkbox"/> 03. 自然停經		<input type="checkbox"/> 04. 其他，請說明_____	
()	H2-1. ○○有服用女性賀爾蒙嗎？			
	<input type="checkbox"/> 01.不知道		<input type="checkbox"/> 02. 沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有（續答 H2-2）
()	H2-2. 使用多久？_____月，使用原因，請說明：_____			
()	H3. ○○更年期過程中有何症狀嗎？（請訪員說明：月經混亂的過程中到完全沒有月經期間，稱為更年期過程）[14 號提示卡]			
	<input type="checkbox"/> 01. 沒有任何症狀	<input type="checkbox"/> 02. 臉潮紅	<input type="checkbox"/> 03. 盜汗	<input type="checkbox"/> 04. 暈眩
	<input type="checkbox"/> 05. 頭痛	<input type="checkbox"/> 06. 經血異常	<input type="checkbox"/> 07. 疲倦	<input type="checkbox"/> 08. 失眠
	<input type="checkbox"/> 09. 關節痛	<input type="checkbox"/> 10. 肌肉痛	<input type="checkbox"/> 11. 背痛	<input type="checkbox"/> 12. 陰道乾燥
	<input type="checkbox"/> 13. 頻尿	<input type="checkbox"/> 14.其他，請說明 _____		

I、女性智障者相關檢查

※※以下我們要請教您有關○○的相關檢查請問您※※

()	I1. ○○過去一年有做乳房相關檢查嗎？（如果有，可以複選）		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道 （選此題只能單選）	<input type="checkbox"/> 02. 從來沒有 （選此題只能單選）	<input type="checkbox"/> 03. 乳房超音波
	<input type="checkbox"/> 04. 乳房攝影/乳房 X 光		<input type="checkbox"/> 05. 乳房觸診
()	I2. ○○過去一年有做子宮頸抹片檢查嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 從來沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有
()	I3. ○○過去一年有做骨質密度檢查嗎？		
	<input type="checkbox"/> 01. 不知道	<input type="checkbox"/> 02. 從來沒有	<input type="checkbox"/> 03. 有
()	I4. ○○有無相關婦女疾病？（有，可複選）[15 號提示卡]		
	<input type="checkbox"/> 01. 完全沒有（選此題只能單選）		<input type="checkbox"/> 02. 乳房腺瘤或囊腫
	<input type="checkbox"/> 03. 子宮肌瘤		<input type="checkbox"/> 04. 卵巢囊腫
	<input type="checkbox"/> 05. 漏尿（壓力性尿失禁）		<input type="checkbox"/> 06. 白帶（分泌物過多）
	<input type="checkbox"/> 07. 骨質疏鬆		<input type="checkbox"/> 08. 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. 居家喘息 服務 (臨時托 育) (照顧者 到 家 裡)	J4-1.	J4-2.	□2. 沒有 (續問未 使 用 原 因)	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
()		□ 1.有(續答 J4-2~J4-3)	□1. 有		() 其他原因：____	
()		□ 2.沒有 □ 3.不知道			____ ____	
()	J5 居家護理 (護士來 家 裡 照 護)	J5-1.	J5-2.	□2. 沒有 (續問未 使 用 原 因)	J5-3.	
()		□ 1.有(續答 J5-2~J5-3)	□1. 有		() 其他原因：____	
()		□ 2.沒有 □ 3.不知道			____ ____	
()	※J6. 全民健康 保險費用 補助	J6-1.	J6-2.	□2. 沒有 (續問未 使 用 原 因)	J6-3.	
()		□ 1.有(續答 J6-2~J6-3)	□1. 有		() 其他原因：____	
()		□ 2.沒有 □ 3.不知道			____ ____	
()	※J7. 生活輔助 器及費用 補助	J7-1.	J7-2.	□2. 沒有 (續問未 使 用 原 因)	J7-3.	
()		□ 1.有(續答 J7-2~J7-3)	□1. 有		() 其他原因：____	
()		□ 2.沒有 □ 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	（沒有此人） 不適用
		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、保姆或佣人					
()	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：仁愛啓智中心、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？[18 號提示卡]		
	<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，您的家庭基本資料※※

()	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： _____