



**Exam 6**  
**Home Visit:**  
**Medical History**  
**Interviewer Administered**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

以下是關於您的病史方面的問題，請盡您的能力回答這些問題。

1. 總的來講，您認為您的健康是：

- ☐ 極好      ☐ 非常好      ☐ 好      ☐ 一般      ☐ 差

2. 與其他同齡人比較，您認為您目前的健康狀況怎麼樣？

- ☐ 較好      ☐ 一般      ☐ 較差

以下兩個問題是有關您平時的日常活動，您目前的健康狀況是否限制了您的這些活動？如果是，有多少程度？

- |                                     | 是的，受<br>限很多           | 是的，受<br>限不多           | 不是，一點<br>不受限          |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3. 中等程度活動，例如挪動桌子，推動吸塵器，打保齡球，或打高爾夫球。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 爬幾段樓梯                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

在過去四週您是否在工作或其他日常活動中因為身體健康狀況遇到以下問題？

- |                  | 是                     | 不是                    |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. 比您預想的完成得要少    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 在工作或其他活動中受點限制 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

在過去四週您是否在工作或其他日常活動中因為精神狀況遇到以下問題（例如感到情緒低落或焦慮）？

- |                       | 是                     | 不是                    |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7. 比您預想的完成得要少         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 做工作或 其他日常活動沒有比平時仔細 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |                                         | 一點也沒<br>有受影響          | 有一點<br>受影響            | 中度受<br>影響             | 大受<br>影響              | 非常受<br>影響             |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9. 在過去四週，疼痛有多少影響到您的正常工作（包括在外的工作和在家的家務）？ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

#### Interviewer Administered

以下三個問題是有關您在過去四週的感受和事情的經過怎麼樣，每個問題請只給出一個最接近您感覺的答案，在過去四週有多少時間—

	一直是	大部份 時間是	一般是	有時是	很少時間 是	從來沒有
10. 您是否感到鎮定和平靜？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 您是否充滿能量？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 您是否感到心灰意冷和情緒低落？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 在過去四週，有多少次您 <b>因為身體狀況或精神狀況</b> 影響到您的社交活動（例如訪問朋友，親戚，等）？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

14. 您不能走路是由於呼吸短促以外的原因嗎？

☐ 是

☐ 不是



是什麼樣的情況？

是 不是 不知道

15. 當您在平地或有一點坡度的山坡上匆忙走路時是否會感到氣短？

☐ ☐ ☐

16. 您在平地上的一般步伐比同齡人走得慢，是因為氣短或要停下來喘氣嗎？

☐ ☐ ☐

17. 您是否在地上走約100碼或幾分鐘後就要停下來喘氣？

☐ ☐ ☐

18. 您是否因為呼吸太困難而不能離開家或穿衣時呼吸困難？

☐ ☐ ☐

19. 您是否有規律地服用阿斯匹林？

☐ ☐ ☐

如果有： ———→ a. 一個星期多少次？



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

20. 您是否每年通常有三個月或更長時間大多數時候都有咳嗽？

☐ 是 ———> 您有這樣的咳嗽已經多少年了？

--	--

 年

☐ 否

21. 您是否每年通常有三個月或更長時間大多數時候都有咳嗽？

☐ 是 ———> 您這樣咳嗽已經有多少年了？

--	--

 年

☐ 否

22. 您是否在過去十二個月，曾經有過哮喘或胸部哨鳴音？

☐ 是

☐ 否 ———> Skip to Q23

a. 在過去十二個月，您有多經常發生哮喘或胸部哨鳴音？ *(Read the options)*

☐ 大多數的白天或夜晚

☐ 一個月有幾天或幾夜

☐ 一周有幾天或幾夜

☐ 一年有幾天或幾夜

b. 在過去十二個月，您是否曾經有過一次令您感到氣短的哮喘或哨鳴音發作？

☐ 是

☐ 否

醫生是否曾經告訴過您有以下任何情況？

*Note: Skip any of 23-30 if previously reported*

有                      沒有                      不知道

23. 糖尿病？                      ☐                      ☐                      ☐

If Yes ———> a. 您是否正在用治療糖尿病的藥？

☐ 是 ———>

☐ 否

☐ 不能確定

您正在用哪種藥治療糖尿病？

☐ 藥片

☐ 胰島素和藥片

☐ 胰島素

☐ 其他注射藥物



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

醫生是否曾經告訴過您有以下任何情況？

Note: Skip any of 23-30 if previously reported

	有	沒有	不知道
24. 高血壓？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 高膽固醇？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. 肺氣腫或慢性阻塞性肺病 (COPD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. 哮喘病？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes →

a. 對於有些人，哮喘會隨著年齡的增長症狀消失，然而，在以後的生活中，哮喘可能會復發。在大約什麼年齡您經歷了以下過程？

第一次發生哮喘的年齡	<input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="radio"/> 兒童時期（年齡不詳）	<input type="radio"/> 不知道
醫生第一次診斷哮喘時的年齡	<input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="radio"/> 從來沒有被醫生診斷為哮喘	<input type="radio"/> 不知道
10歲期間開始（或以後）沒有哮喘症狀	<input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="radio"/> 不適用（症狀從來沒有消失10年或以上）	<input type="radio"/> 不知道
第一次哮喘復發的年齡	<input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="radio"/> 不適用於我	<input type="radio"/> 不知道

	有	沒有	不知道
28. 心房纖維性顫動？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. 腎臟疾病？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes →

a. 您是否有過腎功能衰竭，需要腎透析或腎移植？

☐ 有 ☐ 沒有



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

醫生是否曾經告訴過您有以下任何情況？

*Note: Skip any of 23-30 if previously reported*

有 否 不知道

30. 你的醫生或保健人員是否曾告訴你有腎結石？

☐ ☐ ☐

If Yes → a. 你的第一個腎結石發生時你有多大年齡？

--	--

 Age

b. 你在過去曾有過多少腎結石？

☐ 沒有 ☐ 1 個 ☐ 2-5 個 ☐ 5 個以上

If No → go to Question 32

有 沒有 不知道

31. 自上次MESA檢查以來您是否清除過腎結石？

☐ ☐ ☐

If Yes → a. 您一共清除了多少顆腎結石？

☐ 1 個 ☐ 2-5 個 ☐ 5 個以上

有 沒有 不知道

32. 你的直系親屬（例如母親，父親，兄弟姐妹，孩子）中有過腎結石嗎？

☐ ☐ ☐

33. 是否有醫生說您有牙周炎或牙齒周圍骨質丟失？

☐ ☐ ☐

34. 是否有醫生說您有牙齦疾病？

☐ ☐ ☐

35. For participants with history of pacemaker or implanted cardioverter defibrillator based on prior event investigation (skip if answered at FU18):

a. 根據您以前的檢查記錄，我看到您曾有過一個[pacemaker or other device type from investigation] 於 月 / 天 / 年 植入體內 [CC inserts date of insertion based on event investigation]. 是對的嗎？您是否仍然戴有這個裝置。

☐ 有 ☐ 沒有 ☐ 不知道

For participants without history of device:

b. 您是否有一個植入式心臟起搏器或一個心臟復律除顫器(ICD)？

☐ 有 ☐ 沒有 ☐ 不知道



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

(Q35 continued)

If yes to a or b:

c. 是心臟起搏器或心臟復律除顫器嗎？

- ☐ 心臟起搏器 ☐ 心臟復律除顫器

d. 您的這個裝置的常規檢查是由哪一位醫生進行的？

姓名：

城市，州：

### Reproductive History (WOMEN ONLY -- MEN are finished with this questionnaire.)

36. 在 16 至 40 歲之間，您的月經週期平均有多少天（時間是月經的第一天到下一次月經的第一天）？

- ☐ 少於25天  
☐ 25-43天  
☐ 35-60天  
☐ 多於60天  
☐ 完全不同的天數

37. 在絕經期您是否曾經有過潮熱或夜間出汗？

	有	沒有	不知道
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes → a. 您是在多大年齡時開始出現潮熱或夜間出汗？

☐ 不知道

b. 您是在多大年齡時結束了潮熱或夜間出汗？

☐ 仍在持續

☐ 不知道

c. 症狀是：

- ☐ 輕度（症狀沒有干擾日常的活動）  
☐ 中度（症狀有一點干擾日常的活動）  
☐ 重度（症狀嚴重干擾以至於不能進行日常的活動）

38. 您是多大年齡開始進入絕經期的（更年期）？

(skip if previously reported)

39. 您進入絕經期是自然的，還是因為手術結果（子宮切除手術或兩側卵巢切除術）？

- ☐ 自然的  
☐ 手術之後  
☐ 不知道



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

If participant has previously reported removal of both ovaries -- skip to question 40c

40. 您有没有做过卵巢切除手术?

	有	沒有	不知道
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	↓	↓	↓
	Go to Q41	Go to Q41	Go to Q41

a. 您当时的年龄

☐ 不知道

b. 切除了幾個卵巢?

☐ 1    ☐ 2

c. 是什麼原因切除了您的卵巢? (選擇所有適用的答案)

<input type="checkbox"/> 卵巢囊腫	<input type="checkbox"/> 在子宮切除手術時切除
<input type="checkbox"/> 卵巢癌	<input type="checkbox"/> 為防止懷孕在做輸卵管結扎手術時切除
<input type="checkbox"/> 非癌性腫瘤	<input type="checkbox"/> 子宮內膜異位症
<input type="checkbox"/> 卵巢癌或乳腺癌家族史	<input type="checkbox"/> 不知道
	<input type="checkbox"/> 其他原因, 請說明 <input type="text"/>

d. 在做手術時您是否仍有月經?

	有	沒有	不知道
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If No → 在做手術前多久您的月經停止的?   ☐ 月    ☐ 不知道  
☐ 年

If participant has previously reported hysterectomy -- skip to question 41b



## Exam 6

### Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

41. 您有沒有做過子宮切除術 (切除您子宮的手術)?
- 有 ☐ 沒有 ☐ 不知道 ☐
- ↓ ↓
- Go to Q42 Go to Q42
- a. 您當時的年齡   ☐ 不知道

b. 切除您的子宮的原因是什麼? (選擇所有適用的答案)

- |                                      |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤        | <input type="checkbox"/> 子宮脫垂                           |
| <input type="checkbox"/> 子宮內膜 (子宮) 癌 | <input type="checkbox"/> 子宮內膜異位症                        |
| <input type="checkbox"/> 嚴重出血        | <input type="checkbox"/> 卵巢癌或子宮內膜癌家族史                   |
| <input type="checkbox"/> 孕期 / 分娩綜合症  | <input type="checkbox"/> 不知道                            |
| <input type="checkbox"/> 宮頸癌         | <input type="checkbox"/> 其他原因, 請說明 <input type="text"/> |

- c. 在做手術時您是否仍有月經?
- 有 ☐ 沒有 ☐ 不知道 ☐

If No → 在做手術前多久您的月經停止的?   ☐ 月 ☐ 不知道 ☐ 年

42. 您是否曾用過避孕藥?

- ☐ 有 → 多大年齡停止使用避孕藥?   ☐ 不知道
- ☐ 沒有

43. 自從上一次MESA檢查, 您是否用過激素替代療法?

- ☐ 沒有 → Questionnaire Completed

☐ 有 → a. 您目前正在使用激素替代療法嗎?

- ☐ 是的 → 您多少歲開始使用此療法?   ☐ 不知道

- ☐ 不是 → 您多少歲時服用過荷爾蒙?

開始使用年齡   ☐ 不知道 停止使用年齡   ☐ 不知道

b. 您使用的是哪類療法?

- ☐ 僅雌激素一種 (如Premarin或Estratab)
- ☐ 含孕甯酮的雌激素 (如Prempro)
- ☐ 其他荷爾蒙取代療法

註明:

- ☐ 不知道