



# Exam 7

## Arterial Stiffness

Participant ID #:  Acrostic:

Technician ID:  Date:  /  /   
Month Day Year

**Transcribe from participant visit records:**

Age    
  .  cm Height    
  .  lbs Weight    
  Male  
 Female  
 Heart Rate:  bpm    
 Blood Pressure: Systolic  .  Diastolic  .

**Ask Participant before arterial pulse wave exam:**

1. 您在過去 8 小時內是否進食？

- Yes →
- No

1a. 距離您上一次用餐或吃零食已有多久？  Hours  Minutes

1b. 您最後吃的是正餐還是零食？  Meal  Snack

1c. 您最後一次正餐或零食吃的什麼？ \_\_\_\_\_

2. 您在過去 4 小時內是否飲用過含咖啡因的飲料，如咖啡、能量飲料或含咖啡因的汽水？

- Yes →
- No

2a. 距離您上一次飲用含咖啡因的飲料已有多久？  Hours  Minutes

3. 您在過去 4 小時內是否抽煙或使用電子煙？

- Yes →
- No

3a. 距離您上一次抽煙或使用電子煙已有多久？  Hours  Minutes



# Exam 7 Arterial Stiffness

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

### Results of the arterial pulse wave exam:

Complete →

Quality of waveform:  Good  Fair  Poor

Were multiple recordings performed?  Yes  No

Incomplete →

Reason exam incomplete or not done:

- Poor arterial waveform
- Undetectable arterial waveform
- Equipment malfunction
- Time/staff/room constraints
- Examinee refused or uncooperative
- Examinee physically unable
- Other: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonographer ID #: \_\_\_\_\_

Participant ID #:  Acrostic:

Phlebotomist ID:  Date:  /  /   
Month Day Year

# Biosample Collection

QC ID:

Biosample ID:  5-digits starting with FC number

## PARTICIPANT QUESTIONS

	Yes	No	Don't know
1. 您是否容易出血或皮膚瘀青腫脹?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 您是否曾經被告知，您有與血液凝結或凝固有關的問題?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 當為您進行抽血時，您是否曾經有過昏厥的經歷?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 您是否有糖尿病，導致您使用胰島素或口服降血糖藥?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PROCEDURE

5. Time at start of urine collection:  :   AM  
 PM  
Hr Min

6. Was urine sample filled?

Yes → Volume  <sup>min 50 mL</sup> mL *Skip to #7*

No →

Partial  
 ↳  mL

Why was urine sample not taken?

Participant unable to void

Refused

Other:

7. Time at start of venipuncture:  :   AM  
 PM  
Hr Min

8. Was any blood drawn?

- Yes, full sample
- Yes, partial sample
- No, refused
- No, hard to stick
- No, other:

9. Elapsed time until tourniquet released:  seconds  
*(120-seconds optimum)*

## Biosample Collection

10. Time at end of venipuncture:

		:		
Hr			Min	

AM

PM

11. Quality of venipuncture:  Traumatic  Clean



*Mark all that apply*

Vein collapsed

Excessive duration of draw

Vein hard to get at

Hematoma

Multiple sticks

Leakage at venipuncture site

*If tube is not full, but is at least half full, please indicate "Partial" and enter the volume to the nearest mL.*

**Q12 for Wake, Columbia, Hopkins, Minnesota, UCLA. NWU skip to Q13.**

12. volume per tube:

	Filled			Specify volume (mL): <i>min 1/2 full</i>
	Yes	No	Partial	
a. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
b. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
c. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
d. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
e. Serum 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
f. Serum 5 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
g. EDTA 2 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
h. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
i. PAXgene 2.5 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>

*(continued)*

## Biosample Collection

*For NWU only:*

13. Blood volume per tube:	Filled			Specify volume (mL): <i>min 1/2 full</i>
	Yes	No	Partial	
a. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
b. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
c. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
d. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
e. Serum 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
f. EDTA 2 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
g. EDTA 6 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
h. CPT 8 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
i. PAXgene 2.5 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

### Hair Collection

14. Was hair collection completed?

- Yes       $\longrightarrow$   
 No

14a. How many follicles were collected (1-10)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

14b. How many shafts were collected (1-10)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

14c. Location of hair collection:

- Front or head  
 Left side  
 Right side  
 Top  
 Back

## Biosample Collection

15. Is the participant selected as a quality control subject for serum, hair, and nasal brushing?

- NO
- YES →

	NO	YES
Was serum QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was hair QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was nasal brushing QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓

**Biosample QC ID:**

*First digit=FC, 2nd digit=9*

16. Is the participant selected as a quality control subject for EDTA and urine?

- NO
- YES →

	NO	YES
Was EDTA QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was urine QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓

**Biosample QC ID:**

*First digit=FC, 2nd digit=9*

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Exam 7

## Brain MRI

### Exclusion

Participant ID #:   
Acrostic:   
Technician ID:   
Date:  /  /   
Month Day Year

1. Exclude based on weight?  Yes  No  
Weight  .  lbs *If over 300 lbs, then exclude from MRI*

2. 您是否有: (Mark all that apply)

- Yes\*  No 心臟起搏器和 / 或植入式自動除顫器?
- Yes\*  No 腦動脈瘤夾
- Yes\*  No 神經刺激器
- Yes\*  No 人工耳蝸, 耳部或其他耳內植入裝置
- Yes\*  No 人工, 磁力或電動裝置 (胰島素或輸液泵)
- Yes\*  No 眼睛裏或眼睛周圍曾暴露於金屬碎片? 或工作與金屬有關例如焊接, 磨工, 金屬電鑽, 製作工具和模具的工作

3. 或者你是... (Mark all that apply)

- Yes\*  No 懷孕或懷孕的風險
- Yes\*\*  No 嚴重的幽閉恐懼症 (see Claustrophobia protocol)
- Yes\*  No 平躺有困難或呼吸困難

4. 您是否曾有過開顱手術?

- Yes\*\*  No

**\*Clinic Staff: Please note that single-starred responses exclude the participant from MRI for all MESA activities.**

**\*\*Clinic Staff: Double-starred items do not automatically exclude the participant from MRI, but require further investigation.**







### Exam 7 Consent

5. Was Exam 7 consent obtained?

- No —————→ **End**
- Yes, by the participant
- Yes, by the participant's LAR

6. On what date was Exam 7 consent obtained?

Date Signed:   /   /

Month                  Day                  Year

### Consent Items

**Record information from the signed informed consent**

	Yes	No	N/A
Release findings to physician	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medical records release	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Sharing of data and samples</u></b>			
Other research	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outside investigation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commercial/For-profit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Storage of samples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Letter to MESA contacts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b><u>Ancillary study procedures</u></b>	Yes	No	N/A
Extract/Store DNA/RNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognitive Function Tests	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keep CF Test Recording	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lung CT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brain MRI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brain PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sleep/Heart/Activity Monitors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuous Glucose Monitor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Home Sleep Study	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24H Blood Pressure Monitor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# Exam 7

## COVID-19 History

Participant ID #: Acrostic: Technician ID: Date:  /  /   
Month Day Year

This form collects information about COVID-19 infections and vaccination history

1. 總體來說，從開始美國新冠肺炎大流行（2020年1月）開始以來，您認為自己感染過幾次 COVID-19？

- 0 次感染（從未） **跳至第 12 題**
- 1 次感染（僅一次）
- 2 次感染（重複感染一次）
- 3 次感染（重複感染兩次）
- 感染超過 3 次：\_\_\_\_\_（請輸入感染次數）
- 不確定
- 拒絕回答

2. 自從您上次接受 MESA COVID-19 問卷調查以來，您是否知道或認為您感染過 COVID-19？如果您之前沒有回答過 MESA 提出的 COVID-19 問卷，您是否曾經感染過 COVID-19？

- 是
- 否 **跳至第 12 題**
- 不確定
- 拒絕回答

以下問題與您最近的（新的）COVID-19 感染有關，如果您知道或認為自上次問卷調查以來您曾多次感染，請根據您最近的感染情況回答以下問題。

3. 您認為您何時感染過 COVID-19？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（即使您不確定，也請估計日期）

4. 當時您是否接受過 COVID 測試？

- 是
- 否 **跳至第 6 題**

5. 你的測試結果為何？勾選所有符合選項。「陽性」代表驗出 COVID-19。

- 在家中進行陽性抗原（「快速」）檢測
- 在診所、臨時醫療帳或其他設施，進行陽性抗原（「快速」）檢測
- PCR 檢測陽性
- 檢測結果陽性，但不確定是抗原還是 PCR
- 我沒有檢測出陽性



6. 您是否有任何症狀？

是

否 **跳至第 8 題**

7. 當您 COVID-19 症狀最嚴重時，是否妨礙您進行日常活動？

完全不會

一點點

有點

相當多

非常多

8. 您服用過以下任何藥物嗎？勾選所有符合選項。

抗病毒藥丸，例如 Paxlovid

單株抗體

口服類固醇，例如達美松、普賴鬆或腎上腺皮質酮

抗生素，例如「Z-pak」

其他藥物（請列舉）：\_\_\_\_\_

我服用了 COVID-19 藥物，但我不知道是什麼

我沒有服用任何 COVID-19 藥物

拒絕回答

### 從 COVID-19 中康復

9. 您是否會說您現在已經完全從 COVID-19 中康復？

是

否 **跳至第 11 題**

不確定

拒絕回答

10. 您從最近一次感染後康復需要多長時間？

\_\_\_\_\_ 個月又 \_\_\_\_\_ 天



## Exam 7 COVID-19 History

11. 您是否認為自己正在經歷或曾經經歷過所謂的「長期 COVID 後遺症」，或感染後症狀至少持續一個月？

- 是
- 否
- 不確定
- 拒絕回答

### 針對 COVID-19 的疫苗接種

12. 您總共接種過幾次 COVID-19 疫苗？

- 0 (無)      **跳至結束**
- 1
- 2
- 3
- 4
- 其他： \_\_\_\_\_
- 拒絕回答

13. 您最近一次接種 COVID 疫苗是什麼時候？

- 月： \_\_\_\_\_ 年： \_\_\_\_\_
- 不確定
- 拒絕回答

14. 您最後一次接種的 COVID 疫苗是哪一種？

- 輝瑞 (Pfizer)
- 莫德納 (Moderna)
- 嬌生 (J&J)
- 阿斯特捷利康 (AstraZeneca)
- 其他： \_\_\_\_\_
- 不確定
- 拒絕回答



## Exam 7 Daily Stress Survey

Participant ID #:   
Acrostic:   
Technician ID:   
Date:  /  /   
Month Day Year

在這項調查中，我們想瞭解自從昨天這個時候或過去的24小時內，發生在您身上的不同的事情，無論好壞。人們在日常生活中得到壓力和支持的經歷可能會影響大腦和心臟的健康。當回答這些問題時，重要的是您只考慮從昨天這時候開始發生的事情或活動。感謝您每天抽出時間完成這項調查，如果您需要重複問題，請按9。

1. 自從昨天這時候，您是否給予任何人情感的支持，例如傾聽他們的問題，提供建議，或安慰他們（不包括可能屬於您的工作所做的部分）？

- 是
- 不是

2. 您是否給予不與您同住的人們提供了無償幫助？這可以是非正式的幫助，例如幫助朋友購物，或在老年中心或教堂這樣的組織做正式志願者工作

- 是
- 不是

3. 您是否從任何人或任何組織獲得過情感支持？

- 是
- 不是

4. 您是否從任何人或任何組織獲得無償幫助或有幫助的建議？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

5. 自從昨天這個時候，您是否與任何人有過爭執或分歧？

- 是
- 不是

自從昨天這時候，您想想最有壓力的爭執或分歧，是與誰之間的？

- 配偶或伴侶
- 朋友
- 父母
- 陌生人
- 孩子
- 其他人
- 其他家庭成員

這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

6. 自從昨天這時候，有沒有發生任何您本可以爭論的事情，但是您為了避免分歧而決定放棄？

- 是
- 不是

您想想這類壓力最大的事件，誰是您決定不與爭論的人？

- 配偶或伴侶
- 朋友
- 父母
- 陌生人
- 孩子
- 其他人
- 其他家庭成員

這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不 → **跳到第7題**
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

7. 自從昨天這時候，在您工作或做志願者的地方（除了您已經提到的事情）是否發生過任何大多數人都感到有壓力的事情？

- 是
- 不是

這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不 **→ 跳到第8題**
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是





## Exam 7 Daily Stress Survey

8. 自從昨天這時候，在您家裡是否發生過任何讓大多數人都感到有壓力的事情？（除了您已經提到的事情）？

- 是
- 不是

這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不 **——> 跳到第9題**
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

9. 許多人經歷過種族，性別或年齡方面的歧視，自從昨天這個時候，這樣的事情是否發生在您的身上？

- 是
- 不是

	是	不是	它有多大可能擾亂了您的日常生活？
您所遭受的歧視是否基於您的祖先或者國籍？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 一點也沒有
您所遭受的歧視是否基於您的種族？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有一點
您所遭受的歧視是否基於您的性別？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有一些
您所遭受的歧視是否基於您的年齡？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有很多
您所遭受的歧視是否基於您的教育或收入水平？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？
您所遭受的歧視是否基於您的體重？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 一點也沒有
您所遭受的歧視是否基於您的性別取向？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有一點
您所遭受的歧視是否基於您的宗教信仰？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有一些
您所遭受的歧視是否基於其他因素？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 有很多
這是什麼時候發生的？			這種情況解決了嗎？
<input type="radio"/> 昨天下午或晚上			<input type="radio"/> 是
<input type="radio"/> 今天早上			<input type="radio"/> 不是
<input type="radio"/> 今天下午或晚上			
這對您來說有多大的壓力？			
<input type="radio"/> 一點也不			<b>跳到第10題</b>
<input type="radio"/> 不太多			
<input type="radio"/> 有一些			
<input type="radio"/> 很多			
您對這種情況有多少控制權？			
<input type="radio"/> 一點也沒有			
<input type="radio"/> 有一點			
<input type="radio"/> 有一些			
<input type="radio"/> 有很多			



## Exam 7 Daily Stress Survey

10. 自從昨天這時候，您的好朋友或親戚（除了您已經提到的事情）是否發生過任何讓您感到有壓力的事情？

- 是
- 不是

想想這類壓力最大的事件，這都發生在誰的身上？

- 配偶或伴侶
- 其他親戚
- 孩子或孫輩
- 朋友
- 父母
- 其他人
- 兄弟姊妹

這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不 → **跳到第11題**
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

11. 自從昨天這時候，您是否還發生過大多數人都認為壓力大的事情？

- 是
- 不是



這是什麼時候發生的？

- 昨天下午或晚上
- 今天早上
- 今天下午或晚上

這對您來說有多大的壓力？

- 一點也不 **→ 跳到第12題**
- 不太多
- 有一些
- 很多

您對這種情況有多少控制權？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

它有多大可能擾亂了您的日常生活？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

您對自己的感覺或其他人對您的感覺有多大危險？

- 一點也沒有
- 有一點
- 有一些
- 有很多

這種情況解決了嗎？

- 是
- 不是



## Exam 7 Daily Stress Survey

	一點也不	一點點	中度	大受影響	很多	非常多
12. 自從昨天這個時候，您感到滿足到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 自從昨天這個時候，您感到幸福到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 自從昨天這個時候，您感到失望到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 自從昨天這個時候，您感到緊張到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 自從昨天這個時候，您感到熱情到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 自從昨天這個時候，您感到悲傷到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 自從昨天這個時候，您感到煩惱到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 自從昨天這個時候，您感到激動到什麼程度？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# Exam 7 Environmental Exposures Questionnaire

Participant ID #:   
 Acrostic:   
 Technician ID:   
 Date:  /  /   
 Month Day Year

## A部分：主要住宅特徵

以下問題有助於MESA研究人員瞭解您的住房結構和位置與您暴露於空氣汙染的關係

下面的問題涉及您的主要住所

### 1. 您住在甚麼類型的建築物裡？

- 獨戶家庭住宅或者獨立式住宅 → 跳到第2題
- 預製房住宅/拖車住房 → 跳到第2題
- 聯立房屋/公寓/並列排住宅 →
- 獨立式兩戶住宅/三戶住宅 →
- 多層公寓高樓/獨家擁有公寓 →
- 不高的公寓樓/獨家擁有公寓 (1-3 層樓) →
- 其他 \_\_\_\_\_

#### 1a. 您住在哪層樓？

- 地下室
- 一樓
- 二樓
- 三樓或更高層

1b. 哪一層？ \_\_\_\_\_

### 2. 您在家使用空調嗎？

- 是 →
- 不是 → 跳到第3題

#### 2a. 您家有甚麼樣的空調設施？

- 中央控制空調機
- 窗口式空調機 → 有幾臺？
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_

#### 2b. 在七月中，您通常使用空調機多少次？

- 完全沒有使用
- 一個月裡用了幾天
- 超過半個月的天數，但不是天天使用
- 幾乎天天使用 (同時用了恆溫器)
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_



## Exam 7 Environmental Exposures Questionnaire

2c. 在一月中，您通常使用空調機多少次？

- 完全沒有使用
- 一個月裡用了幾天
- 超過半個月的天數，但不是天天使用
- 幾乎天天使用 (同時用了恆溫器)
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

3. 您家裡有沒有使用空氣清潔器/過濾器 (獨立或者中央控制)

- 是 →
- 不是 → **跳到第4題**
- 不知道 → **跳到第4題**

3a. 使用的是甚麼樣的空氣清潔器/過濾器 (請勾劃所有適用項)

- HEPA 過濾器
- 靜電除塵器
- 負離子發生器
- 臭氧發生器
- 裝在火爐上的玻璃纖維過濾紙
- 不知道
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

3b. 有多經常使用空氣清潔器/過濾器？

- 從來不用
- 每月幾天
- 一個月的大部份天數
- 每天或者幾乎每天
- 不知道



## Exam 7

### Environmental Exposures Questionnaire

4. 您家使用甚麼樣的暖氣設備？請勾劃所有每月至少使用一次的設備。

	是	不是	不知
輻射式加熱器(蒸汽式或熱水式)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
鼓風機 (排氣式)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
電力環流加熱器	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
底板放熱器	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
小型瓦斯加熱氣器	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
小型煤油加熱氣器	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
燒木爐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
壁爐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
開放式爐子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 其他，請註明： _____			

請簡要說明在去年七月和一月中，您家裡通常打開多少個窗戶，窗戶打開的程度，以及窗戶打開的次數。

5. 夏季 (六月至八月)

5a. 您通常打開多少扇窗戶？

- 一個都沒有 → **跳到第6題**
- 所有
- 部份

5b. 您打開窗戶的次數是：

- 每月幾天
- 一個月的大部份天數
- 幾乎每天都開
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_





# Exam 7

## Environmental Exposures Questionnaire

6. 冬季 (十二月至二月):

6a. 您通常打開多少扇窗戶？

- 一個都沒有 → 跳到第7題
- 所有
- 部份

6b. 您打開窗戶的次數是：

- 每月幾天
- 一個月的大部份天數
- 幾乎每天都開
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

### 第二個住宅

7. 您是否每年有四個星期以上住在另一個地址 (第二個住宅)？

- 是 →
- 不是

7a. 每季節您在那裡住多少個星期？

冬季 (十二月至二月)

春季 (三月至五月)

夏季 (六月至八月)

秋季 (九月至十一月)

總週數:

7b. 次要住所的總住宿週數是否為 8 週或以上？

- 是 → 跳到第8題
- 不是 → 跳到第12題



## Exam 7 Environmental Exposures Questionnaire

接下來的幾個問題與您次要住所的結構和特征有關。

8. 您在家使用空調嗎？

- 是 →
- 不是 → **跳到第9題**

8a. 您家有甚麼樣的空調設施？

- 中央控制空調機
- 窗口式空調機 → 有幾臺？ 

--	--
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_

8b. 在七月中，您通常使用空調機多少次？

- 完全沒有使用
- 一個月裡用了幾天
- 超過半個月的天數，但不是天天使用
- 幾乎天天使用 (同時用了恆溫器)
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_

8c. 在一月中，您通常使用空調機多少次？

- 完全沒有使用
- 一個月裡用了幾天
- 超過半個月的天數，但不是天天使用
- 幾乎天天使用 (同時用了恆溫器)
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_

9. 您通常打開多少扇窗戶？

- 一個都沒有
- 所有
- 部份

10. 您通常打開多少扇窗戶？

- 一個都沒有
- 所有
- 部份



# Exam 7

## Environmental Exposures Questionnaire

11. 您家裡有沒有使用空氣清潔器/過濾器 (獨立或者中央控制)

- 是 →
- 不是 → 跳到第12題
- 不知道 → 跳到第12題

11a. 使用的是甚麼樣的空氣清潔器/過濾器 (請勾劃所有適用項)

- HEPA 過濾器
- 靜電除塵器
- 負離子發生器
- 臭氧發生器
- 裝在火爐上的玻璃纖維過濾紙
- 不知道
- 其他，請註明： \_\_\_\_\_

11b. 有多經常使用空氣清潔器/過濾器？

- 從來不用
- 每月幾天
- 一個月的大部份天數
- 每天或者幾乎每天
- 不知道

### C部分：交通和通勤

12. 您每週通勤或旅行是否超過兩天？

- 是
- 不是 → 跳到第16題

13. 您平均每天花多少時間在以下的交通工具：

a. 行走或者騎自行車        小時        分鐘

b. 坐私人汽車或計程車裡        小時        分鐘

c. 坐公共汽車        小時        分鐘

d. 坐火車或地鐵        小時        分鐘

e. 其他        小時        分鐘      其他，請註明： \_\_\_\_\_



# Exam 7

## Environmental Exposures Questionnaire

14. 您通車(或行走, 騎車)時間所佔的百分比是 :

超高速公路、快車道、高速公路、收費路, 等等  %

其他主要的交通繁忙的街道  %

住宅區或交通不繁忙的街道或小道  %

15. 以下哪個交通情況最能恰當地描述您每天通車(行走或騎車)的主要狀況?

- 交通稀疏, 車速在限制速度範圍內
- 交通繁忙, 車速慢於限制速範圍內
- 交通堵塞, 或者車輛停停走走
- 交通繁忙, 車速在快於限制速度範圍內
- 不適用

### D部分: 地點和活動

16. 您是否經常(每天至少花上兩小時或每星期至少花上十小時以上的時間) 出外到某個特別地點去工作、上學、做義工或參加某個特別活動, 等等?

- 是
- 不是 → **跳到第19題**

17. 這是個室內或者室外的地點?

- 室內
- 室外 → **跳到第19題**

18. 您在那個特定地點的主要活動是什麼?

- 上學 → **跳到第19題**
- 工作 →
- 做義工 →
- 愛好
- 其他, 請註明: \_\_\_\_\_

18a. 扼要說明您工作或者做義工的工業領域:

18b. 扼要說明您工作或做義工的主要活動:

18c. 您是否通常在那裡暴露於蒸汽、氣體、灰塵、煙霧中?

- 是
- 不是



## Exam 7 Environmental Exposures Questionnaire

19. 在以下的四個季節中，您每天大約在戶外度過幾個小時？

冬季 (十二月至二月):

春季 (三月至五月):

夏季 (六月至八月):

秋季 (九月至十一月):

### E部分：愛好

20. 您有以下任何愛好和興趣嗎？

	是	不是	不知道
珠寶製作或維修	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
彩色玻璃製作	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
錫接/焊接	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
陶藝和陶瓷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
製作，切割或鋪設瓷磚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
回收或修理電池	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
機動車輛維修	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
用槍打獵，槍械練習和/投擲子彈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# Exam 7

## Environmental Exposures Questionnaire

### F部分：食物頻率問卷

21. 現在我要問您，在過去一年裡，您平均多久吃一次某種食物，您的選擇將是從來沒有，一年幾次，一月2-3次，一週一次，一週兩次，一週3-4次，一週5-6次，或每天。

	從來沒有	一年幾次	一月2-3次	一週一次	一週兩次	一週3-4次	一週5-6次	或每天
蘋果汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
葡萄汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
梨子汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
白米飯或白米飯製成的菜餚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
糙米飯或糙米飯製成的菜餚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
米漿	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
大米糖漿	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
米糊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
肝臟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
腎臟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
菠菜，生菜，其他綠葉蔬菜	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 問卷填寫人：

- 參加者
- 代理人



# Exam 7 Family History

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

## 第七次檢查的病史問卷

1. 您的一級親屬（親生父母，同胞兄弟姊妹，或親生子女）是否患有或曾經患有認知障礙，癡呆，或阿爾茲海默症（AD）

- 有 → 請完成如下有關認知障礙、癡呆症、阿茲海默症 (AD) 的部分
- 不是 → 跳到第2題
- 不知道 → 跳到第2題

請在下面提供每一位一級親屬的詳細信息，包括父母，兄弟姊妹，和子女。

### 1a. 親生父母

	癡呆?	AD (阿爾茲海默症)?	認知障礙?	發病年齡?
母親	有 不是	有 不是	有 不是	
父親	有 不是	有 不是	有 不是	

### 1b. 同胞兄弟姊妹

	癡呆?	AD (阿爾茲海默症)?	認知障礙?	發病年齡?
兄弟姊妹 1	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 2	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 3	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 4	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 5	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 6	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 7	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 8	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 9	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 10	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 11	有 不是	有 不是	有 不是	
兄弟姊妹 12	有 不是	有 不是	有 不是	



# Exam 7

## Family History

### 1c. 或親生子女

	癡呆?	AD (阿爾茲海默症)?	認知障礙?	發病年齡?
子女 1	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 2	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 3	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 4	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 5	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 6	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 7	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 8	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 9	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 10	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 11	有 不是	有 不是	有 不是	
子女 12	有 不是	有 不是	有 不是	

2. 您的一級親屬（親生父母、兄弟姐妹或親生子女）是否患有或曾經患有中風或短暫性腦缺血 (TIA)（如中風症狀在 24 小時內消失）中風短暫性缺血(TIA) 是在 24 小時內消失的中風樣症狀，這通常被稱為“小中風”

- 有 ——> **請完成如下有關中風或暫時性腦缺血 (TIA) 的部分**
- 不是 ——> **結束表單**
- 不知道 ——> **結束表單**

請在下面提供每一位患病的一級親屬的詳細信息，包括父母，兄弟姐妹，和子女。

### 2a. 親生父母

	中風?	第一次患中風年齡?	TIA (小中風)?	第一次患TIA年齡?
母親	有 不是		有 不是	
父親	有 不是		有 不是	





**Exam 7**  
**Family History**

**2b. 同胞兄弟姊妹**

	中風?		第一次患中風年齡?	TIA (小中風)?		第一次患TIA年齡?
	有	不是		有	不是	
兄弟姊妹 1						
兄弟姊妹 2						
兄弟姊妹 3						
兄弟姊妹 4						
兄弟姊妹 5						
兄弟姊妹 6						
兄弟姊妹 7						
兄弟姊妹 8						
兄弟姊妹 9						
兄弟姊妹 10						
兄弟姊妹 11						
兄弟姊妹 12						

(continued)



# Exam 7

## Family History

### 2c. 親生父母

	中風?	第一次患中風年齡?	TIA (小中風)?	第一次患TIA年齡?
子女 1	有 不是		有 不是	
子女 2	有 不是		有 不是	
子女 3	有 不是		有 不是	
子女 4	有 不是		有 不是	
子女 5	有 不是		有 不是	
子女 6	有 不是		有 不是	
子女 7	有 不是		有 不是	
子女 8	有 不是		有 不是	
子女 9	有 不是		有 不是	
子女 10	有 不是		有 不是	
子女 11	有 不是		有 不是	
子女 12	有 不是		有 不是	



# MESA Exam 7

## Health & Life

Participant ID #:

Acrostic:

Date:

/

/

Month

Day

Year

下一組問題是關於您可能感到自己受到不公平對待的情況，以及您如何應對此類情況。

1. 您是否認為您曾經被不公平的解僱或被拒絕升職嗎？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 性別
- 年齡
- 宗教
- 外貌
- 性取向
- 收入水平/社會階層
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是

2. 您是否認為因為某些不公平的原因而沒被錄用（工作）？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 性別
- 年齡
- 宗教
- 外貌
- 性取向
- 收入水平/社會階層
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是



3. 您是否曾被警察不公平地攔截，搜查，訊問，身體恐嚇或虐待嗎？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 外貌
- 性別
- 性取向
- 年齡
- 收入水平/社會階層
- 宗教
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是

4. 您是否曾被老師或導師不公平的勸阻繼續您的教育嗎？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 外貌
- 性別
- 性取向
- 年齡
- 收入水平/社會階層
- 宗教
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是



5. 您是否曾被不公平的阻止搬入社區，因為房東或經紀人拒絕賣房或出租公寓給您？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 性別
- 年齡
- 宗教
- 外貌
- 性取向
- 收入水平/社會階層
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是

6. 您是否曾搬到一個鄰居們讓您和家人生活艱難的社區？

- 是 →
- 不是

主要原因是什麼？

- 種族或民族
- 性別
- 年齡
- 宗教
- 外貌
- 性取向
- 收入水平/社會階層
- 其他

這是否發生在過去12個月內？

- 是
- 不是

如果第 1-6 題的回答均為「否」，請跳至第 9 題



7a. 如果您覺得您受到了不公平的對待，您通常：

- 作為生活的事實接受它
- 試著做些什麼

7b. 並且如果您覺得您受到了不公平的對待，您通常：

- 與其他人談論它
- 自己忍受著

8. 想想您一生中經歷到歧視的時候，

您做了什麼？			如果是：您做過很多次，一些或很少？		
	是	不是	很多次	一些	很少
a. 說出來？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 接受它？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 忽略它？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 試圖改變它？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 自己忍受著？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 努力證明他們是錯的？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Exam 7

### Health & Life

9. 您是否曾搬到一個鄰居們讓您和家人生活艱難的社區？

	幾乎每天	至少每週一次	一個月幾次	一年幾次	一年少於一次	從來沒有
a. 您受到的禮遇不如其他人	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 您受到的尊重不如其他人	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 在餐館或商店得到的服務比其他人差	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 人們表現的好像他們認為您不聰明	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 人們表現的好像他們怕您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 人們表現的好像他們認為您不誠實	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 人們表現的好像他們比您好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 您被罵或被侮辱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 您被威脅或被騷擾	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 問卷填寫人：

- 參加者
- 代理人



# MESA Exam 7

## Medical History

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。

醫生是否曾經告訴過您有以下任何情況？

	有	沒有	不知道
1. 腎衰竭需要腎透析或腎移植	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 糖尿病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 高血壓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 高膽固醇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. B12 缺乏症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 心房纖顫	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 肺氣腫或慢性阻塞性肺病 (COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 哮喘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 閱讀障礙	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 帕金森氏症 (PD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
如果 $\longrightarrow$ a. 帕金森氏症 (PD) 診斷的年份 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
11. 創傷後應急障礙(PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 雙相情感障礙	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 精神分裂症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 抑鬱症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
如果 $\longrightarrow$ 14a. 在過去兩年內是否被診斷患有抑鬱症？ <input type="radio"/> 有, 過去兩年內 <input type="radio"/> 沒有, 超過兩年前			





醫生是否曾經告訴過您有以下任何情況？

	有	沒有	不知道
15. 焦慮症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 強迫症(OCD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 沒有提到的任何其他精神疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

如果 →

17a. 精神疾病的診斷是什麼？  
\_\_\_\_\_

17b. 過去兩年內

有, 過去兩年內

沒有, 超過兩年前

	有	沒有	不知道
18. 創傷性腦損傷 (TBI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

如果 →

a. 創傷性腦損傷 (TBI) 伴隨短暫的意識喪失 (小於5分鐘)

沒有     一次     重複性/多次     不知道

b. 創傷性腦損傷 (TBI) 長時間的意識喪失 (大於5分鐘)

沒有     一次     重複性/多次     不知道

c. 創傷性腦損傷 (TBI) 無意識喪失 (可能是軍事爆炸或運動造成的傷害)

沒有     一次     重複性/多次     不知道

d. 最近造成創傷性腦損傷 (TBI) 的年份

	是	否	不確定
19. 您是否有規律地服用阿斯匹林？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

如果 →

一個星期多少次？  天



# MESA Exam 7

## 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?

- 有
- 沒有

您這樣咳嗽已經多少年了?

 年

21. 您是否每年通常有三個月或更長時間(大多數時候)都有咳痰?

- 有
- 沒有

您這樣咳痰已經有多少年了?

 年

22. 您是否在過去十二個月，曾經有過哮喘或胸部發出哨鳴音?

- 有
- 沒有

22a. 在過去十二個月，您有多經常發生哮喘或胸部發出哨鳴音?

- 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

22b. 在過去十二個月，您是否曾經有過一次令您感到呼吸急促/哮喘哮喘或哨鳴音發作?

- 有
- 沒有

23. 您不能走路是由於呼吸急促以外的原因嗎?

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



**跳到第29題**

24. 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呼吸急促?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

25. 您在平地上走一般步伐比同齡人走得慢，是因為呼吸急促或要停下來喘氣嗎?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

26. 您是否在不平地上走約100碼或幾分鐘後就要停下來喘氣?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

27. 您是否因為呼吸困難而不能離開家或穿衣時呼吸困難?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|



28. 在過去12個月裏，您是否有過呼吸問題嚴重到影響您的日常活動或導致您不能工作的時期？

- 有 →
- 沒有
- 不知道

a. 在過去12個月內這樣的情況發生多少次？

不知道

b. 在過去12個月內這樣的情況有多少次您要去看醫生或醫務人員？

不知道

c. 在過去12個月內這樣的情況有多少次您要去住院？

不知道

d. 在過去12個月內這樣的情況住院住了多少天？

不知道

29. 問卷填寫人：

- 參加者
- 代理人



# Exam 7 Medications

 Participant ID #:        

 Acrostic:        

 Technician ID:    

 Date:   /   /     

Month Day Year

## Section A Medication Reception

如您所知、MESA 研究會需要參與者描述並提供資料關於所有您正在使用的藥物、包括處方和非處方藥。包括藥丸、液體藥物、皮膚貼劑、眼藥水、乳膏、藥膏、吸入器和注射劑藥品、以及感冒或過敏藥物、維生素、草藥和其他補充藥品。在您收到的關於這次訪問的信件中，有一個用來裝您所有目前服用藥品的塑料袋。我們請您將這個裝有服用藥的袋子帶到診所來。您帶來這個袋子了嗎？這些是您在此之前兩週服用過的全部藥品嗎？

- YES → May I see them? *Continue with Section B*
- NO → *Make arrangements to obtain*
- REFUSED → *Record reason for refusal in Comments Section*
- TOOK NO MEDICINES → *Go to end of form*

## Section B Prescription Medications

1. Copy the name of the medicine, the strength (include units), and the total number of doses prescribed per day/week/month. Include all pills, skin patches, eye drops, creams, salves, injections, and inhalers (puffers).

2. 在過去兩週內，您平均每天/每週/每月使用這些藥的份量？

Medication Name

Print the first 20 letters only - please print clearly

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Strength (mg, IU, etc.)

Write the decimal as one of the digits

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Number Prescribed

Circle: Day, Week, Month

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRN Medicine?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Number unable to transcribe:



# Exam 7 Medications

## Section C Over-the-Counter Medications

3. Copy the name of the medicine, the strength (include units), and the total number of doses prescribed per day/week/month. Include all pills, liquid medications, eye drops, creams, salves, inhalers (puffers), and supplements.

4. 在過去兩週內，您平均每天/每週/每月使用這些藥的份量？

### Medication Name

Print the first 20 letters only - please print clearly


### Strength (mg, IU, etc.)

Write the decimal as one of the digits


__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M

Number unable to transcribe: 

--	--



Section D Vitamins and Supplements

在過去兩週內，您平均每天/每週/每月使用這些藥的份量？

Vitamin/Supplement Name

Print the first 20 letters only - please print clearly

Strength (mg, IU, etc.)

Write the decimal as one of the digits



__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M

Number unable to transcribe: 

--	--

Comments: \_\_\_\_\_



## Exam 7

### Neighborhood Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:

Month

Day

Year

關於人們社區的環境可能對人們的健康很重要，現在我們要問您一些有關您居住的社區是什麼樣的問題。我們所說的社區是指您居住的地方和您的房屋周圍的區域，它可能包括您購物的地方，宗教或公共設施或當地的商業區，就是您家周圍的大致區域，您可以在那裡進行日常活動，例如購物，去公園或拜訪鄰居，想到您的社區時是指從您家走路20分鐘以內或大約一一英里個邁的地方被認為是您所在的社區。

請花時間仔細回答，但是不要在任何一個問題上花太多的時間，請記住，沒有正確或錯誤的答案，我們感謝您抽出寶貴的時間回答這份問卷。

1. 現在，您有多少可能推薦這個社區作為居住的好地方？

- 極有可能
- 有些可能
- 有些不可能
- 極不可能

**Neighborhood Questionnaire**

2. 平均一週您有多少時間會在您的社區度過？當考慮您在社區度過的時間包括您在家裡度過的時間（包括睡眠時間）以及您在所區做事的時間，在每個時間段請選擇最佳的選項。

所有或幾乎所有時間      大多數時間      差不多一半時間      有時候      沒有或幾乎一次都沒有

**週六和週日**

白天( 早上8時至下午6時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
晚上 (晚上6-9時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
深夜 (晚上9時至早上8時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**週一到週五**

白天( 早上8時至下午6時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
晚上 (晚上6-9時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
深夜 (晚上9時至早上8時)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Neighborhood Questionnaire

現在我要問您有關什麼時間您離開家和社區

3. 在平常的一週裡，您是否會離開您所在的社區？

- 是 →
- 不是

4. 在平常的一週裡，您有多經常離開您所在的社區？

- 一週少於一次
- 一週1-3次
- 一週4-6次
- 每天
- 不知道
- 拒絕回答

5. 在平常的一週裡，如果天氣允許，您會到戶外嗎？

- 是 →
- 不是

6. 在平常的一週裡，您有多經常到戶外？

- 一週少於一次
- 一週1-3次
- 一週4-6次
- 每天
- 不知道
- 拒絕回答

Neighborhood Questionnaire

對於每個陳述，請選擇最佳選項以表明您是否同意，在回答這些問題時，從您家走路20分鐘以內（或大約一英里）的地方認為是您所在的社區。

	十分同意	同意	中立	不同意	十分不同意
7. 我的社區有很多垃圾和廢棄物	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 我的社區很吵鬧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 我的社區的建築物和房屋維護的很好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 無論能力如何，所有人都可以輕鬆的進入我的社區附近的建築和房屋。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 我的社區很吸引人	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 我所在的社區是老年人的好去處。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 在我所在的社區走路，我感到很愉快	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 我所在的社區有很多草坪，樹木，和其他的綠色植物。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 我的社區裡的樹木提供了足夠的遮蔭。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 我的社區的綠地和植物（例如公園，花園，自然區域）是高質量高並且維護良好。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Neighborhood Questionnaire

	十分同意	同意	中立	不同意	十分不同意
17. 我的社區有可利用且受歡迎的公共空間（例如公園，廣場，公共花園）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 我的社區有地方可以與其他人聚會（例如咖啡館，理髮店，教堂，圖書館）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 我的近社區地區可以方便地走路到各個地方	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. 我常常看見其他人在我的社區走路	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. 在晚上我社區的街道有很好的照明	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. 我的社區有很多人行道和人行橫。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. 我的社區街道和人行道狀況良好。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 我的社區行人信號燈提供了足夠的時間過馬路。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 我的社區路口有邊緣坡面（人行道邊沿上建有一個小坡道，使人們很容易從人行道上進入公路）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neighborhood Questionnaire

	十分同意	同意	中立	不同意	十分不同意
26. 在我的社區我經常限制戶外活動以防止摔倒。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. 我經常看到其他人在我鄰的社區健身	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. 在我的社區人們散步時有休息的地方（例如長凳）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. 我所社區交通繁忙。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. 在我家的步行範圍內有商店。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. 在我的社區，即使沒有車我也可以到達我需要去的地方。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. 在我的社區，人們有興趣去的地方都有明顯的標記（例如容易找到路標）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. 在我的社區有公共廁所/洗手間。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. 在我的鄰社區區，可以找到很多種類的新鮮水果和生菜	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. 在我的鄰社區區可選購到大量的低脂食品	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. 在我的鄰社地區，有很多購買快餐的機會	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Neighborhood Questionnaire

	十分同意	同意	中立	不同意	十分不 同意
37. 在這社近地區 白天或夜晚走路，我感到安全	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. 在我的鄰社地區，暴力行為是個問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. 我的鄰社區是安全的，沒有犯罪率	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. 這個鄰社區的人們願意幫助他們的鄰居	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. 住在我所在的社區的人們不好相處。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. 住在我的社區的人們是可以信任的	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. 住在我的社區的人們有不同的價值觀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. 在我的社區，我有機會學習新的技能和信息（例如大學課程，圖書館講座，繼續教育活動）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. 我的社區有適合老年人的活動（例如在社區中心，老人中心，圖書館或其他地方的活動）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. 我的社區有很多公共藝術品（例如壁畫、雕塑或其他藝術裝置）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Neighborhood Questionnaire

47. 請說明您是否定期與您所在社區的人們一起參加各類組織的活動。

	是	不是
a. 社區協會如街道協會，業主或租戶協會或犯罪糾察組。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 宗教團體或慈善組織	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 家長教師協會或其他學校支持或服務團體	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 青年組織如青年體育聯盟或童子軍	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 老年人俱樂部或協會	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 工會	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 專業，貿易，農場，或商業學會	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 成人體育俱樂部或聯盟或戶外活動俱樂部	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 文學，藝術，討論或學習小組或音樂，舞蹈或歌唱小組	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 任何其他愛好俱樂部或社團	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. 種族，國籍或民權組織	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. 其他公益團體、政治團體、或政黨委員	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Neighborhood Questionnaire

現在我們將就您所在社區的可能變化趨勢向您提出一些問題。

考慮您所在社區的變化，請確定以下已經發生變化的程度，當回答這些問題時，請考慮您所在的社區過去三到五年內或正在發生的變化。

沒有發生 發生了一點 發生了很多 不知道

48. 新的商店正在開業

49. 長期存在的商店正在被不同的商店  
取代

50. 更昂貴或高檔的雜貨店正在開業

51. 住房價格上漲（例如租房或買房）

52. 在空地建新的建築或跟換舊樓

53. 建設新的或改進公共設施，例如公  
園，自行車道，公共交通或人行道

54. 人們正在“翻轉”房產，買進並修理  
後出租或賣掉

55. 變化導致我和鄰居之間關係緊張或  
衝突





**Neighborhood Questionnaire**

這些問題將詢問您對您所在的社區發生的變化的感覺，從“非常同意”到“非常不同意”。

	非常同意	同意	中立	不同意	非常不同意	不適用
60. 如果我現在不得不搬家，我會有能力搬到我所在社區內類似的房子和公寓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. 在我所在社區新的商店裡我感到受歡迎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. 我感到我所在社區的人們的人品發生了變化	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. 我信任搬進我的社區的人們	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. 我對我的社區的變化感覺良好	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. 我擔心我會被趕出或被迫離開我的社區	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. 我的我所在社區的改變（例如新的商店，人行道，公園）即使這些變化使我住在這裡的成本更高	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. 我所在社區的變化是為像我這樣的人而改變的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. 我所在社區的變化使我不確定我會留在這裡。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. 我覺得我對我的社區發生的變化有發言權。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Neighborhood Questionnaire

最後，我們將詢問您一些有關您在您所在社區如何活動的。

70. 您現在開車嗎？

- 是
- 不是

71. 選擇您經常在您所在的社區出行的方式（選一項）

- 自己開車
- 有人開車送您
- 使用公共交通
- 拼車或出租車
- 走路
- 騎車

非常感謝您抽出寶貴的時間回答這些問題！您的回答有助於研究人員瞭解社區及其對健康的影響。



# Exam 7

第七次檢查參加者日記

Participant ID #:

Acrostic:

請每天為您佩戴家用監測儀填寫這份表格，第一頁的問題應該在早上回答，第二頁應該在晚上回答。當您醒來時請一定將您的腕部運動監測儀戴上。

日期:  /  /   
月 日 年

您昨天晚上什麼時間上床的？

:  ○ 上午  
○ 下午

到您入睡要多長時間？

小時  分鐘

您醒了多少次（不包括您最後醒來那次）

次

您最後醒來是什麼時間？請記錄您早上最後一次醒來的時間。

:  ○ 上午  
○ 下午

您是什麼時間起床的？

:  ○ 上午  
○ 下午

昨天晚上您的睡眠是：

- 非常差
- 差
- 一般
- 好
- 非常好

您還記得昨晚的夢嗎？

是  不是

您是否今天一整天都戴著您的紅色腕部監測儀？

是  不是

如果回答是“否”，為什麼？

\_\_\_\_\_



**請繼續第二頁的問題。**



# Exam 7

第七次檢查參加者日記

Participant ID #:

Acrostic:

請在晚上睡覺之前填寫這些問題。

您今天是否鍛煉？

是  不

如果是，您是在何時鍛煉？

時間 1: :   上午  下午

時間 2: :   上午  下午

時間 3: :   上午  下午

您今天小睡了嗎？

是  不

小睡 1:

入睡的時間  
:   上午  
 下午

醒來的時間  
:   上午  
 下午

小睡 2:

入睡的時間  
:   上午  
 下午

醒來的時間  
:   上午  
 下午

小睡 3:

入睡的時間  
:   上午  
 下午

醒來的時間  
:   上午  
 下午

您什麼時間吃的？

早餐: :   上午  下午

午餐: :   上午  下午

晚餐: :   上午  下午

零食 1: :   上午  下午

零食 2: :   上午  下午

零食 3: :   上午  下午

零食 4: :   上午  下午

如果您在過去一天或一晚

佩戴了血壓計，請回答此問題：

如果您有服用降血壓藥，您今天何時服用？

時間 1: :   上午  下午

時間 2: :   上午  下午

時間 3: :   上午  下午



Participant ID #:  Acrostic:

Date:  /  /   
Month Day Year

### MESA Exam 7: Participant Tracking

Current tracking information from the MESA database is printed in the space below.

Record tracking information changes reported during the interview in the space below. Enter all changes into the MESA database.

#### A. Participant Information

Is this a street address or mailing address?

Street     Mailing    →    *If Mailing address, enter street address here*

Is the primary mailing address outside the US?

Yes     No

May we contact you via email or text (check all that apply)?

Email     Text

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If new address, enter the month and year of change:

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### B. Secondary Residence

If a secondary residence is listed, ask participant if they still use the secondary residence at this address:



If yes, go to Section C Contacts/Proxies

If no, enter the month and year of end of use:

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Does participant have another secondary residence that they use?:



Address of secondary residence:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

When did participant begin use of this secondary address?

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

If no secondary residence is listed, ask the participant if they have a secondary residence:

If participant has a secondary address (a place he/she lives 4 or more weeks per year), enter address. →



## MESA Exam 7: Participant Tracking

### C. Contacts/Proxies

我們可以送一份手冊或簡報給[聯繫人姓名]，告訴他們有關MESA，以及他們作為您的MESA聯繫人的責任嗎？  
您若回答「是」，我們將用您提供的地址送簡報給他。

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

我們可以送一份手冊或簡報給[聯繫人姓名]，告訴他們有關MESA，以及他們作為您的MESA聯繫人的責任嗎？  
您若回答「是」，我們將用您提供的地址送簡報給他。

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

我們可以送一份手冊或簡報給[聯繫人姓名]，告訴他們有關MESA，以及他們作為您的MESA聯繫人的責任嗎？  
您若回答「是」，我們將用您提供的地址送簡報給他。

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### MESA Exam 7: Participant Tracking

我們可以送一份手冊或簡報給[聯繫人姓名]，告訴他們有關MESA，以及他們作為您的MESA聯繫人的責任嗎？  
您若回答「是」，我們將用您提供的地址送簡報給他。

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

我們可以送一份手冊或簡報給[聯繫人姓名]，告訴他們有關MESA，以及他們作為您的MESA聯繫人的責任嗎？  
您若回答「是」，我們將用您提供的地址送簡報給他。

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

如果我們無法聯繫到您，您的聯繫人中哪一位是可以提供有關您的健康狀況或任何您可能住院治療的最合適的人選？

Select one from above \_\_\_\_\_ Any  None

Other proxy (Record the following information only if interview is completed by proxy other than those listed above or on previous page.)

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Relationship to parent: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_



## MESA Exam 7: Participant Tracking

在之前的測驗中，要求您指定一兩個非常了解您的人（配偶、孩子、其他親戚或朋友），稱之為「研究資料提供者」，他們願意 (1) 與您一起參加訪問，或 (2) 接聽我們團隊的電話。您的「研究資料提供者」將與我們討論您最近的健康狀況變化，並回答有關您的記憶力、思維和功能能力的問題。與「研究資料提供者」電話溝通，需要 15 分鐘才能完成。

您希望我們以哪幾位 MESA 聯絡人當成您的研究資料提供者？如果尚未將他們列入，請將他們增添為 MESA 研究聯絡人。

- 從上面列出的聯絡人中選出一位：聯絡人姓名 \_\_\_\_\_
- 請不要與我的聯絡人討論我的健康狀況

### D. Health Care Providers

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





# Exam 7

## Personal History

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:   /   /      
 Month Day Year

此表格將收集有關您的背景和生活方式的信息，這些信息可能會影響您患心血管疾病的風險。請完成所有項目，但您被明確指示跳過的項目除外。如果您不確定如何回答某些問題 請盡你所能提供最接近的答案。如果有任何疑問 請工作人員講解清楚。

1. 在您上一次的MESA檢查，您陳述了您目前的職業（目前的職業），您的職業狀態有變化嗎？

- 沒有
- 有 →

1a. 請選擇一個最能描述您目前職業的答案。

- 在家，沒有離家工作
- 全日僱工 (或個體經營者)
- 半日僱工 (或個體經營者)
- 受雇，但因健康原因沒有上班
- 受雇，但暫時沒有上班(非健康原因)
- 沒有工作或被解僱六個月以下
- 沒有工作或被解僱六個月以上
- 從我通常從事的職業退休，沒有繼續工作
- 從我通常從事的職業退休，但繼續受薪工作

2. 您完成的最高的學歷或學校年級水平是什麼？

- 沒有上過學
- 1-8年級
- 9-11年級
- 高中畢業（12年級）或高中同等學歷（GED） →  GED
- 一些大學課程但是沒有學位 → 多少年? \_\_\_\_\_
- 技術學校證書
- 中等專業副學士學位（AA/AS）
- 學士學位（BA, AB, BS）
- 碩士學位 →
- 一些碩士課程但是沒有學位

- 碩士       醫學博士       牙醫
- 博士       法學博士

多少年? \_\_\_\_\_



## Exam 7 Personal History

3. 在家主要說那種語言？（選擇所有適用的回答）

- 英語
- 西班牙語
- 廣東話
- 國語普通話
- 其他 \_\_\_\_\_

4. 您目前的婚姻狀況如何？

- 已婚
- 從來沒有結婚（或婚姻被取消）
- 喪偶
- 如已婚/家庭伴侶一般的生活
- 離婚
- 不知道
- 分居

以下問題與家庭財務有關。我們從其它研究得知，財務負擔是人們健康要考慮的一個常見的和非常重要的因素。以下問題將幫助我們了解MESA參加者經歷的不同財務狀況。您所提供的信息均為嚴格保密資料，僅為研究所用。

5. 以下是收入的組別。請選擇最能代表您過去12個月的家庭總收入，包括了過去一年中，與你同住的全體家庭成員所賺的稅前總收入。請將以下收入包括在內：工作所得的收入，生意所得淨收入，農場或租金，退休金，股利，福利，社會保障收入，以及任何你或與你同住家人所得的其它收入。

- 低於 \$5,000
- \$20,000 - \$24,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$5,000 - \$7,999
- \$25,000 - \$29,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$8,000 - \$11,999
- \$30,000 - \$34,999
- \$100,000 - \$124,999
- \$12,000 - \$15,999
- \$35,000 - \$39,999
- \$125,000 - \$149,999
- \$16,000 - \$19,999
- \$40,000 - \$49,999
- \$150,000 或以上

5a. 包括你自己在內，有多少人靠以上選擇的收入維持生活？

\_\_\_\_\_

5b. 包括你自己在內，有多少人是...？

(如果在以下年齡組中，沒有人靠以上收入維持生活，請填寫00。)

18歲或以下的孩子 \_\_\_\_\_

歲或以上的成人 \_\_\_\_\_



## Exam 7 Personal History

6. 您通常到甚麼地方看醫生?

- 醫生辦公室或診所
- 醫院急診室
- 急救中心
- 其它: \_\_\_\_\_

7. 為了幫助支付您的醫療費，您目前有沒有：(選擇所有適用的答案)

- 私立醫療保險公司例如Blue Cross, Aetna, 等。
- HMO 例如Kaiser, Ucare, Medica, 等。
- 老人醫療補助 (Medicare)
- 醫療補貼 (Medicaid)
- 軍隊或退伍軍人醫療補助
- 無任何醫療保險或補助
- 其它: \_\_\_\_\_

8. 這個問題是有關您居住的房屋或公寓，您是否：

- 租房
- 付房貸
- 擁有並付清了房貸
- 有其他的居住安排

9. 您或您的家庭是否有投資如股票，債券，共同基金，退休金投資，或其他投資？

- 有
- 沒有
- 不知道

10. 您或您的家庭是否擁有除了您現在居住的房屋之外的土地/企業/財產/公寓/房屋？

- 有
- 正在購買
- 沒有

11. 您或您的家庭是否擁有一輛汽車？

- 有
- 有，不止一輛
- 沒有



12. 您目前的生活狀況如何？

- 獨自生活
- 與另一位配偶或伴侶一起生活
- 與另一位親戚或朋友或室友一起生活
- 與另一位護理人員不是配偶/伴侶/親戚/朋友一起生活
- 與一群人住在私人住宅裏
- 住在集體宿舍中（有生活助理的住宅，養老院，修道院）
- 不知道

13. 您居住在什麼類型的住所？

- 公寓/單間公寓或房屋
- 退休社區或獨立的集體宿舍
- 有生活助理/成人之家/寄宿家庭
- 專業護理機構/療養院/醫院/臨終關懷醫院
- 不知道

14. 接下來，我將問您有關什麼是您經常自己能做的和什麼是您需要別人幫助來完成的問題

您需要有人幫助：

	有	沒有	不願意回答
a. 付帳單	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 買東西	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 記錄日程安排	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 開車	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 做飯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 吃飯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 穿衣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 洗澡	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



15. 總體來講，您認為您的健康是：

- 極好       非常好       好       一般       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，一點都<br>不受限         |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. 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"/> |
| 17. 爬幾層樓梯                            | <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                    |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. 比您預想的完成得要少    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. 在工作或其他活動中受點限制 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

在過去四週內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                    |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20. 比您預想的完成得要少        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. 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             |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 22. 在過去四週內，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 7 Personal History

以下三個問題是有關於您在過去四週內的感受和事情的經過，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
23. 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"/>
24. 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"/>
25. 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"/>
26. 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® 健康調查© 1994, 2002 由 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated（醫學結果信託和質量指標公司）。所有SF-12® 版權是由醫學結果信託註冊的商標。

以下的問題是有關您酒精，菸草和毒品的使用情況

27. 您在過去三個月裏喝過任何酒精飲料嗎？

- 有
- 沒有——→ **跳到第33題**

28. 在過去三個月裏，您喝過至少一杯含酒精的飲料的頻率是？

- 少於一月一次
- 大約一月一次
- 大約一週一次
- 大約一週幾次
- 每天或幾乎每天
- 不知道



## Exam 7 Personal History

29. 您通常每週飲用多少杯紅葡萄酒？

如果每週少於一杯，填寫 00。(一个单位= 3.5 盎司的杯，  
一瓶 = 750 毫升 = 8 杯)

30. 您通常每週飲用多少杯白葡萄酒？

如果每週少於一杯，填寫 00。(一个单位= 3.5 盎司的杯，  
一瓶 = 750 毫升 = 8 杯)

31. 您通常每週飲用多少罐、瓶，或杯的啤酒？

如果每週少於一杯，填寫 00。(一个单位= 12 盎司的杯，  
一瓶 = 355 毫升 = 1 杯)

32. 您通常每週飲用多少杯烈酒或調配酒？

如果每週少於一杯，填寫 00。(一个单位= 1.5 盎司 或 1  
小杯一个单位 = 1.5 盎司 或 1 小杯)

33. 飲酒是否常損害您在工作，駕駛或社交場合互動的能力？

- 有
- 沒有
- 不知道
- 不願回答

33a. 在過去的一年裏，飲酒是否已經損害了您在工作，駕駛或社交場合互動的能力？

- 有
- 沒有
- 不知道
- 不願回答

34. 使用毒品或其他物質是否常損害您在工作，駕駛或社交場合互動的能力？

- 有
- 沒有
- 不知道
- 不願回答

34a. 您是否能指出所用的毒品或其他物質？ \_\_\_\_\_

34b. 在過去的一年裏，使用毒品或其他物質是否曾損害您在工作，駕駛或社交場合互動的能力？

- 有
- 沒有
- 不知道
- 不願回答

35. 以下哪一條最能說明你目前吸煙的狀況?

- 從來不吸煙 ——→ **跳到第40題**
- 原來吸煙，戒煙已經超過一年了。
- 原來吸煙，戒煙沒超過一年
- 目前仍然吸煙。
- 不知道

36. 你有没有在过去30天裡吸过煙?

- 有
- 沒有
- 不知道

37. 您曾經吸煙或已經吸煙有多少年了?

\_\_\_\_\_ 年

如果是以前吸煙者:

38. 您曾經吸煙或已經吸煙有多少年了?

\_\_\_\_\_ 支煙

如果是當前吸煙者:

39. 您現在每天平均吸多少支煙?

\_\_\_\_\_ 支煙

40. 您的母親在您出生之前懷孕的時候是否吸煙?

- 有
- 沒有
- 不知道

41. **僅限當前不吸煙者:** 在過去一年大約每週有多少小時你與正在吸煙的人近距離接觸?  
(例如在你家, 在汽車內, 在工作中或其他住所)

--	--	--





42. 問卷填寫人:

- 參加者
- 代理人



**MESA Exam 7**  
**Physical Activity**  
**Chinese**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
 Month Day Year

By what mode was the questionnaire completed?

- Interviewer-administered
- Self-administered (either on paper or digitally)

想想过去一个月中有代表性的一週，你所进行的各种健身活动。请塗填以下每一项活动旁“有”或“没有”的圆圈，以标明你在有代表性一週中所從事的活动。对每项你标明“有”的活动，请标明有代表性一週所进行活动的天数，以及每次活动的平均时间，即小时数和分钟数。

激烈程度：

轻度 —— 容易努力

中等程 —— 比容易要费力，但不必尽全身力量

激烈 —— 尽全身力量

**例子：**

中等程度：

低效能健身操，自行车慢

骑，划船，悠闲游泳，健

康俱乐部健身器-中等程度

是 不是

	天數/週							小時/天						分鐘 / 天			
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	5+	5	15	30	45
低效能健身操，自行车慢	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○

在以上這個例子，每週三天活動，每天一小時三十分鐘。

在過去有代表性的一週裏，您有沒有從事以下的活動

**家务**

1. 輕度活動：例如做飯，洗碗，熨燙衣服，整理家務，洗衣，購物

是 不是

	天數/週							小時/天						分鐘 / 天			
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	5+	5	15	30	45
1. 輕度活動：例如做飯，洗碗，熨燙衣服，整理家務，洗衣，購物	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○



# MESA Exam 7

## Physical Activity

在過去有代表性的一週裏，您有沒有從事以下的活動

家务	天數/週	小時/天	分鐘 / 天
2. <u>中等程度或重度</u> : 例如繁重的清潔活, 擦洗, 拖洗, 修理房屋, 洗車, 吸塵  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
草坪 / 庭院 / 花園 / 農場  3. <u>中等程度</u> : 例如除雜草, 割草, 耙草, 清理車庫, 掃地  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. <u>繁重</u> : 例如挖土, 鏟雪, 修補籬笆, 劈木頭  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
照料孩子 / 成人  5. <u>輕度活動</u> : 例如洗澡, 喂飯, 換尿布, 與孩子玩耍  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. <u>中等程度</u> : 例如提舉和搬運物品, 推輪椅或嬰兒車  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
運輸  7. 開車或乘車, 乘公交車 / 地鐵, 包括去上班的交通  是    不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Physical Activity

在過去有代表性的一週裏，您有沒有從事以下的活動

行走 (非工作时间)	天數/週	小時/天	分鐘 / 天
8. 行走以下地點：公共汽車站，停車場，工作地點，商店  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. 為以下原因行走：鍛鍊，遊玩，社交，工作間歇，遛狗  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>跳舞 / 運動</b>			
10. 在教堂，禮儀場合或娛樂場所跳舞  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. 團體運動項目—壘球，排球，籃球，足球  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. 雙人運動項目—網球，板球，槳板球  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. 單人運動項目—高爾夫球，保齡球，瑜伽，太極拳  是 不是 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Physical Activity

在過去有代表性的一週裏，您有沒有從事以下的活動

器械健身運動 器械健身運動	天數/週	小時/天	分鐘 / 天
14. 中等程度: 低強度有氧健身操, 自行車慢騎, 划船, 悠閒游泳, 健身俱樂部 健身器—中等強度  是 不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. 繁重: 高強度有氧健身操, 自行車快騎, 跑步, 慢跑, 快速游泳, 健康俱樂部 健身器械—激烈活動, 柔道, 拳擊, 徒手自衛武術  是 不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>閒暇活動</b>			
16. 坐著或躺著看電視  是 不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17. 讀書, 編織, 縫紉, 訪問, 什麼都不做, 與工作無關的電腦娛樂活動  是 不是  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

### 職業活動

18. 您工作是為了掙錢嗎? (如果不是, 請跳至問題 24)

是 不是

19. 所有工作加起來您每週工作幾天和每天工作幾個小時?

天數/週	小時/天
1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



請將您在工作中每項活動所花的時間填塗圓圈。每天所有活動的小時總和與您每天的工作時間相等。

在工作中，您是否做：

20. 輕度活動: 經常坐著 (例如: 在辦公室, 實驗室, 幼兒園, 等)

小時/天

<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

是 不是  
○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

21. 輕度活動: 經常站著 (例如: 歸檔, 復印, 記賬, 裝配, 護理, 種地, 等)

小時/天

<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

是 不是  
○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

22. 中等程度: 經常站著和 / 或行走 (例如: 護理, 保管, 客房服務), 提舉和推拉物品, 連續行走 (例如: 分送貨物)

小時/天

<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

是 不是  
○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

23. 繁重: 手工製作, 牧場工作, 農場工作, 提舉物品, 搬運物品, 攀爬, 卡車裝貨 / 卸貨

小時/天

<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

是 不是  
○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

志願者活動

24. 您做義工和 / 或在教會的活動是否還沒有在這個調查中提到? (如果不是, 請跳至問題 28)

是 不是  
○ ○



# MESA Exam 7

## Physical Activity

您的志願者活動包括：

25. 輕度活動: 輕度活動：坐著或站著

天數/週

小時/天

是 不是

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 5+

26. 中等程度: 中等程度活動：站著或

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 5+

是 不是

27. 繁重: 重度活動：推物，舉

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 5+

物，攜帶物品，攀爬

是 不是

28. 当你在你住宅外行走时，你的步伐通常有多快？

- 从来不走路
- 悠闲漫步(最快是每小时2英里)
- 平均水平或正常水平(每小时2-3英里)
- 相当轻快(每小时4-5英里)
- 轻快或大步(每小时能走5英里以上)

29. Questionnaire completed by:

- Participant
- Proxy



# Exam 7

## Sleep Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

以下問題是有關您的睡眠，請考慮其他人告訴您過和您自己所瞭解有關您的睡眠情況。

1. 您每晚通常睡幾個小時（或您躺在床上最長時間）？

小時  分鐘

2. 您是否有過每週3次或更多並持續3個月或更久的入睡困難，失眠或過早醒來的問題？

- 有
- 沒有

a. 如果是，這些問題是從什麼時候開始的？

- 從去年開始
- 1-5年前
- 5-10年前
- 10多年前

b 您目前是否有入睡困難，失眠或過早醒的問題？

- 有
- 沒有

3. 總總體的來講，在過去4週你的夜間睡眠通常是？

- 題非常沈非常寧靜
- 很沈寧靜
- 平均品質
- 差或不安
- 非常差或非常不安

4. 您覺得您的睡眠在過去五年內有變化嗎？

- 肯定差了很多
- 有一些差
- 有一點差
- 差不多
- 好一些
- 肯定好很多





## Exam 7 Sleep Questionnaire

5. 在過去4週，你有多經常打鼾？

- 從來沒有
- 很少（每週1-2晚）
- 有時（每週3-5晚）
- 總是有或幾乎總是有（每週6-7晚）
- 不知道

6. 在過去4週，你有多常睡覺時停止呼吸？

- 從來沒有
- 很少（每週1-2晚）
- 有時（每週3-5晚）
- 總是有或幾乎總是有（每週6-7晚）
- 不知道

7. 你有沒有經歷過需要動一動你的腿因為不舒服或感覺不好？

- 有
- 沒有
- 不知道

a. 你會不會需要活動你的腿來減輕不適嗎？例如走路或揉一揉腿？

- 有
- 沒有
- 不知道

b. 當你休息時這些症狀加重，活動后症狀會暫時減輕嗎？

- 有
- 沒有
- 不知道

c. 無論白天或夜晚這些症狀過一段時間會更重嗎？

- 有
- 沒有
- 不知道

8. 您在白天不想打瞌睡或睡覺時卻睡著的可能性有多大？

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 從來沒有                  | 有時                    | 經常                    | 總是                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



# Exam 7

## Sleep Questionnaire

9. 許多人在早上更加機警，並認為自己是早起的人。其他人在晚上最機警並認為自己是晚上的人。您認為自己屬於哪一類

- 肯定是早起的人
- 早起比晚起多一些人
- 晚起比早起多一些人
- 肯定是晚起的人
- 既不是“早上”類型也不是“晚上”類型
- 不知道

### 以下問題詢問有關診斷性的睡眠障礙

是否曾有醫生或其他健保人員告訴您有任何以下疾病：

10. 睡眠呼吸中止症（或阻塞性睡眠呼吸中止症，OSA）  有  沒有

如果是：您是否使用以下任何方法治療您的睡眠呼吸中止症？	有	沒有	如果是：您大約每週幾個晚上使用這個機器？
一種壓力機如CPAP, APAP, 或 BiLevel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
睡眠期間的牙科設備（一種晚上放人口中的設備可以使頷骨張開？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
睡眠期間使用氧氣？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

11. 失眠？  有  沒有

如果是：您是否使用以下任何一種藥物治療失眠？	有	沒有	如果是：您大約每週幾個晚上使用這個藥物？
非處方藥？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
處方安眠藥（例如trazadone, Ambien)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

12. 不寧腿？  有  沒有



## Exam 7

### Sleep Questionnaire

13. 以下哪項最能描述您的工作時間表？

- 早班
- 下午班
- 夜班
- 拆分班次
- 不定期輪班/待命
- 輪班
- 不知道

以下問題是有關在過去七天...白天感覺困倦或警醒的問題。

	完全不會	一點點	有點	相當多	非常多
14. 我很難把事情完成，因為我很困倦。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. 當我醒來時我感到機警。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

16. 我感覺累	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

17. 由於睡眠差，我白天有困難做事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

18. 由於睡眠差，我很難集中注意力	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

19. 問卷填寫人：

- 參加者
- 代理人



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

以下問題是將詢問有關您的睡眠模式

1. 您通常什麼時間睡覺（或試圖入睡）：

- |                        | 小時  | 分鐘  | AM                    | PM                    |                  |
|------------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|------------------|
| a. 在平日或工作日？            | <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | (注意, 午夜指凌晨 12 點) |
| b. 在週末（週六，週日）<br>或休息日？ | <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                  |

2. 您通常在幾點起床：

- |                        | 小時  | 分鐘  | AM                    | PM                    |
|------------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|
| a. 在平日或工作日？            | <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 在週末（週六，週日）<br>或休息日？ | <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. 躺床上後您通常需要多久能夠入睡？

小時  分鐘

4. 醒來後，您通常在床上呆多久才起床？

小時  分鐘

5. 您通常每晚睡多久（或在床上的最長時間）？

- |             |   |    |   |    |
|-------------|---|----|---|----|
| a. 在平日或工作日？ | <input type="text"/> <input type="text"/> | 小時 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 分鐘 |
| b. 在週末或休息日？ | <input type="text"/> <input type="text"/> | 小時 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 分鐘 |



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

6. 平常一週裡您有多少次小睡15分鐘或更長時間？

午睡次數

如果您通常每週小睡 1 次或以上：

a. 平均而言，您的小睡時間有多久？

小時

分鐘

b. 一般來說，這些小睡是計劃好，還是您無意中睡著了？

- 計劃小睡
- 無意中睡著了
- 二者都有（有的計劃，有的沒有）
- 不知道

以下問題詢問有關您的睡眠質量。

在過去兩週內：

7. 在過去兩週內，您是否有入眠困難，失眠或醒來太早的問題？

- 有
- 沒有 → 去 Q14

---

	沒有	一般	中度	重度	非常嚴重
8. 請評估目前您入眠困難的嚴重程度。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

沒有                      一般                      中度                      重度                      非常嚴重

9. 請評估目前您失眠的嚴重程度。                                                                                             

10. 請評估目前您醒來太早的嚴重程度。                                                                                             

一點也不受影響                      有一點影響                      有一些影響                      有很多影響                      有非常大的影響

11. 您認為睡眠問題會多大程度上影響您的日常功能（例如，白天疲勞，工作/日常家務的能力，注意力，記憶力，情緒等）？                                                                                             

一點都不明顯                      稍微                      有點                      很多                      非常明顯

12. 您認為睡眠問題有多明顯影響您的生活質量？



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

13. 您對睡眠問題有多擔心/?

完全不會	一點點	有點	很多	非常多
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 您對目前的睡眠模式有多滿意/不滿意?

非常滿意	滿意	即不滿意也不是不滿意	不滿意	非常不滿意
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

選擇您在過去四週內經歷這種情況頻率描述出最好的答案。

15. 您是否有過入睡困難?

不會，過去4週沒有此情況	會，每週少於一次	會，每週1或2次	會，每週3或4次	會，每週5次或更多次
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 您是否每晚醒來幾次?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

17. 您是否醒來的時間比你計劃的時間早?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

18. 您醒了以後，是否很難在入睡?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

19. 您要服用安眠藥來幫助入睡嗎?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

20. 是否因為睡眠困難致使你非常急躁？

題不會，過去 4 週沒有此情 況	會，每週少 於一次	會，每週 1 或 2 次	會，每週 3 或 4 次	會，每週 5 次 或更多次
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. 你是否在白天感到過度困倦？

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

22. 總的來講，在過去4週你的夜間睡眠通常是

Very sound or restful	Sound and restful	Average Quality	Restless	Very Restless
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

對於本部分，請選在過去 4 週內最能描述您的睡眠答案。

23. 您是否使用過非處方藥 (如 Benadryl 或 Tylenol PM) 來幫助您入睡？

題不會，過去 4 週沒有此情 況	會，每週少 於一次	會，每週 1 或 2 次	會，每週 3 或 4 次	會，每週 5 次 或更多次
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. 您是否使用過處方藥 (如 Trazodone 或 Ambien) 來幫助您入睡？

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

25. 您是否曾使用含咖啡因的飲料(咖啡、汽水、能量飲料等)來幫助您保持清醒？

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------





**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

以下問題是有關在過去七天...白天感覺困倦或警醒的問題。

	完全不會	一點點	有點	相當多	非常多
26. 由於睡眠差，我感到煩躁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. 白天我很困倦	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. 白天我很難保持清醒	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

在過去兩年中您是否有過以下情況:

29. 開車時幾乎睡著了?

- 有 →
- 沒有

a. 多少次?

在過去兩年中您是否有過以下情況:

30. 開車時睡著了?

- 有 →
- 沒有

a. 多少次?

b. 這是否導致了車禍?

- 有
- 沒有

31. 晚上什麼時候您感到最累，因此最需要睡眠?

- 8:00 PM-9:00 PM
- 9:00 PM-10:15 PM
- 10:15 PM-12:45 AM
- 12:45 AM- 2:00 AM
- 2:00 AM- 3:00 AM



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

以下問題詢問可能影響睡眠的事情。

32a. 在床上睡覺之前，您通常會：

	有	沒有
a. 看電視	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 讀書，雜誌等（紙類的）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 在電子設備上閱讀（Kindle, 電話等）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 用電話交談或發短信	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 亮著燈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 聽音樂	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32b. 在睡前的兩個小時，您是否經常：

a. 喝酒	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 喝含咖啡因的飲料（咖啡等）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 吸煙，吸煙斗或抽雪茄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. 您通常：

- 有一位一起睡的人
- 與另一個人睡同一個房間，但不共用一張床
- 自己一個人睡
- 不想回答



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

34. 以下任何情況是否會引起難以入睡？

	從來沒有	有時	通常	總是
a. 在房屋內的噪聲	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 在外面的噪聲	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 溫度太冷或太熱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 光線太強	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 擔心或壓力	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 身體疼痛（關節，腿，後背）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 胸痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 頭痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 胃酸/胃灼熱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 呼吸急促短或呼吸困難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 您有多經常記得您的夢？

- 從來沒有 → 去 Q37
- 少於每月一次
- 大概每月1到2次
- 大概每週1到2次
- 每週多於3次但不是每天都有
- 大多數的晚上



**Exam 7**  
**Sleep Study PSG**  
**Questionnaire**

如果您對 Q41 的回答不是「從未」:

36. 當您記得一個夢時，您會記得很清楚嗎？

- 有
- 沒有
- 不確定

對於所有參與者

37. 您是否曾被告知或懷疑您自己在睡夢中似乎在做您夢中的活動（例如，打拳，在空中揮舞手臂，做跑步的動作等）？

- 有
- 沒有
- 不確定



# Exam 7 Spirometry Completion Form

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:   /   /      
Month Day Year

**Please administer questions before starting spirometry exam.**

1. Are spirometry and nasal swab collection being performed in clinic or at a home visit?

- In clinic
- Home visit  $\longrightarrow$  *Note: Do not perform post-bronchodilator spirometry (Skip Q7-9)*

2. Is systolic blood pressure >180 OR diastolic blood pressure >110 from Seated Blood Pressure?

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry or nasal swab*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

SBP

DBP

3. 在過去四周內您是否患過感冒或流感，或在過去四周內您是否有過COVID檢測呈現陽性？

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry or nasal swab. If no other exclusion criteria, reschedule spirometry once participant is 4 weeks past infection.*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

4. 在過去三個月，你是否曾被告知你有心臟病發作，中風，或眼睛，胸部或腹部的手術？

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry, only nasal swab*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

5. 在過去一個小時內你吸煙，煙斗或雪茄了嗎？

- Yes
- No Comments:

6. Pre-Bronchodilator Spirometry was:

- Completed
- Not completed

Time completed:

:    
Hr Min

- AM
- PM

*Upload PDF of spirometry curves in E7 REDCap Spirometry Completion Form*

Reason not completed:

- Refused
- Physically unable
- Cognitively unable
- Equipment problem
- Restricted as per spirometry software
- Other, please specify:

**If Home visit, skip to Nasal Brushing section (Q10).**



# Exam 7 Spirometry Completion Form

7. 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)?

*Prefill with 'Yes' if previously reported.*

- Yes       $\longrightarrow$       *Do not administer albuterol; do not perform post-bronchodilator spirometry—skip to Q10*
- No       $\longrightarrow$       *If selected for albuterol, proceed with albuterol and post-bronchodilator spirometry*

**Note: If this participant is completing spirometry at a home visit, go to Question 10. Home visit participants are not selected for post-bronchodilator spirometry.**

8. Selected for Albuterol?

- Yes, by spirometry software
- No       $\longrightarrow$       *Skip to Q10*

- Administered (2 puffs)
- Not administered

Time completed:

		:		
Hr			Min	

AM  
 PM

Reason not completed:

- Refused
- Physically unable
- Cognitively unable
- Equipment problem
- Restricted as per spirometry software
- Other, please specify:

9. Post-Bronchodilator Spirometry was:

- Completed
- Not completed

Time completed:

		:		
Hr			Min	

AM  
 PM

*Upload PDF of spirometry curves in E7 REDCap Spirometry Completion Form*

Reason not completed:

- Refused
- Physically unable
- Cognitively unable
- Equipment problem
- Restricted as per spirometry software
- Other, please specify:



# Exam 7 Spirometry

## Nasal Swab Collection

10. 您目前是否正在服用抗凝劑如華法林 (warfarin)，低分子肝素 (heparin) 或新型口服直接作用抗凝劑?

Yes\*

No

11. 您目前是否正在服用阿斯匹林 (aspirin)，氯吡格雷 (clopidogrel) 或其他抗血小板藥物?



12. 您最近是否有過鼻子受傷或手術?



13. 您是否有過嚴重的鼻出血史?



**\*If YES to any of Q10-13, do not proceed with nasal swab collection. Select NO for Q14.**

14. Was nasal swab completed?

Yes, both nares swabbed

Partial, only one naris swabbed

No

Time completed:

		:			○ AM
Hr			Min		○ PM

Reason not completed:

Refused

Physically unable

Cognitively unable

Other, please specify:







**Exam 7**  
**Short Physical**  
**Performance**  
**Battery**

**Semi-Tandem.** 現在我將向您展示第二個動作。(Demonstrate) 我希望您盡量將一隻腳的腳跟內側與另一隻腳的大腳指併攏站好 30 秒鐘，您可以將任何一隻腳放在前面，以您覺得舒服的方式為準。您可以使用您的雙臂，彎曲膝蓋，或移動身體以保持平衡，但是不要移動雙腳，保持這個姿勢直到我告訴您停止。 *Stand next to the participant to help him/her into the semi-tandem position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask “您準備好了嗎？” Then let go and begin timing as you say “預備，開始” Stop the stopwatch and say “停” after 30 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. If participant is unable to hold the position for 10 seconds, record result and go to the gait speed test.*

**B. Semi-Tandem Stand**

- Held 30 seconds (1 point) → Go to D. Tandem stand LONG
- Held ≥10 but <30 seconds (1 point) → Go to C. Tandem stand SHORT
- Held <10 sec (0 points) → Go to Section 2: Gait speed test
- Not attempted (0 points) ↴

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:   .   sec



**Exam 7**  
**Short Physical**  
**Performance**  
**Battery**

*Tandem SHORT (if semi-tandem held for 10 to 29.99 seconds).* 現在我將向您展示第三個動作。 **(Demonstrate)** 我希望您盡量將一隻腳的腳後跟 [腳跟] 與另一隻腳的腳尖併攏站好大約 **10 秒**。您可以將任何一隻腳放在前面，以您覺得舒服的方式為準。您可以利用您的雙臂，彎曲膝蓋，或移動身體以保持平衡，但是不要移動雙腳，試著保持這個姿勢直到我告訴您停止。 *Stand next to the participant to help him/her into the tandem position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask “您準備好了嗎？” Then let go and begin timing as you say “預備，開始” Stop the stopwatch and say “停” after 10 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. Record result and go to the gait speed test.*

**C. Tandem Stand SHORT**

- Held 10 seconds **(2 points)**      →      **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held ≥3 – 9.99 seconds **(1 point)**      →      **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held <3 seconds **(0 points)**      →      **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted **(0 points)**      ↘

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

**Tandem LONG (if semi-tandem held for 30 seconds).** 現在我將向您展示第三個動作。 **(Demonstrate)** 我希望您盡量將一隻腳的腳後跟 [腳踵] 與另一隻腳的腳尖併攏 站好約 **30** 秒。您可以將任何一隻腳放在前面，以您覺得舒服的方式為準。您可以用您的雙臂，彎曲膝蓋，或移動身體以保持平衡，但是試著不要移動雙腳，試著保持這個姿勢直到我告訴您停止。 *Stand next to the participant to help him/her into the tandem position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask “您準備好了嗎？” Then let go and begin timing as you say “預備，開始” Stop the stopwatch and say “停” after 30 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. If participant is unable to hold position for 30 seconds on either trial, record result and go to the gait speed test.*

### D. Tandem Stand LONG

#### Trial 1

- Held 30 seconds **(2 points)** → **Go to E. 1 leg stand**
- Held  $\geq 10$  but  $< 30$  seconds **(2 points)** → **Go to trial 2**
- Held  $\geq 3$  but  $< 10$  seconds **(1 point)** → **Go to trial 2**
- Held  $\geq 1$  but  $< 3$  seconds **(1 point)** → **Go to trial 2**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position **(0 points)** → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec

#### Trial 2

- Held 30 seconds → **Go to E. 1 leg stand**
- Held  $\geq 1$  but  $< 30$  seconds → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

**One Leg.** 現在我將向您展示第四個動作。(Demonstrate) 我希望您試著用單腿支撐站立約 30 秒。您可以用任何一條腿支撐站立，以您覺得舒服的方式為準。您可以利用您的雙臂，彎曲膝蓋，或移動身體以保持平衡，但是試著不要移動腳，試著保持這個姿勢直到我告訴您停止。如果您無法保持平衡，您可以把另一條腿放下。Stand next to the participant to help him/her into the position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her leg lifted, ask “您準備好了嗎？” Then let go and begin timing as you say “預備，開始” Stop the stopwatch and say “停” after 30 seconds or when the participant lowers leg to the floor or grabs your arm.

### E. One Leg Stand

#### Trial 1

- Held 30 seconds → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $\geq 1$  but  $< 30$  seconds → **Go to trial 2**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted ↘

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec

#### Trial 2

- Held 30 seconds → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $\geq 1$  but  $< 30$  seconds → **Go to trial 2**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted ↘

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Section 2: Gait Speed Test

**First Gait Speed Test.** 現在我要觀察您通常是怎樣走路的。如果您使用拐杖或其他助行器，並且您認為您需要用它走一小段距離的路，那麼您可以使用它。這是我們的走路場地，我希望您以平常的步行速度走到這個場地的另一端，就像您走在大街上去商店一樣 *Demonstrate the walk for the participant.* 一直走到另一端的超過了膠帶標誌再停，我將與您一起走，您覺得這樣安全嗎？ *Have the participant stand with both feet touching the starting line.* 腳站在起點線，當我要您開始時，我會說：“預備？開始” *When the participant acknowledges this instruction say “預備？開始” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind and to the side of the participant. Stop timing when the heel of the first foot completely crosses the end line.*

#### A. First Gait Speed Test (sec)

Time for first 4 meter walk (seconds):   .

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

Aids used for first walk:

- None
- Cane
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**Second Gait Speed Test.** 現在我希望您重複再走一遍，一直走到這個場地的另一端並且走過線 *Have the participant stand with both feet touching the starting line.* 腳站在起點線，當我要您開始時，我會說：“預備？開始” *When the participant acknowledges this instruction say: “預備？開始” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind and to the side of the participant. Stop timing when the heel of the first foot completely crosses the end line.*

#### B. Second Gait Speed Test (sec)

Time for first 4 meter walk (seconds):   .

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

Aids used for first walk:

- None
- Cane
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**Faster of two times**   .   seconds



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### 4 Meter Walk SPPB Score

- Time > 8.70 secs = 1
- Time 4.82 to 6.20 secs = 3
- Unable to do = 0
- Times 6.21 to 8.70 secs = 2
- Time < 4.82 secs = 4

### Section 3: Narrow Walk Test (4 meters)

**Narrow Walk Test.** 現在我需要觀察您保持雙腳在線內行走的情況。請您以日常的步速走到這段路的另一端。請務必盡力把腳保持在線內。 *Demonstrate the walk for the participant.* 請在到達終點線以後再多走幾步。我會陪您一起走。您覺得這樣安全嗎？ *Have the participant stand with both feet touching the starting line.* 腳站在起點線，當我要您開始時，我會說：“預備？開始” *When the participant acknowledges this instruction say “預備？開始” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind the participant so that you can see if either foot touches a line. Stop timing when the first foot (heel) is completely across the end line. “Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. A wall touch is considered stepping on the line. Perform a maximum of 3 trials to obtain 2 valid trials.*

#### Trial 1

Was the walk completed?

- Yes: \_\_\_\_\_ →
- No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.)

- Yes:   .   seconds
- No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Trial 2

Was the walk completed?

Yes: \_\_\_\_\_ →

No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (*“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.*)

Yes:   .   seconds

No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**

### Trial 3

Was the walk completed?

Yes: \_\_\_\_\_ →

No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (*“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.*)

Yes:   .   seconds

No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**





# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Section 4: Chair Stand Test

**Single Chair Stand Test.** 讓我們做最後一項身體運動測試。您覺得從椅子上站起來會安全嗎？下一項測試會測量您的腿部的力量 (Demonstrate and explain the procedure.) 首先將您的雙臂交叉放在胸前，坐在椅子上，雙腳平放在地板上；然後請站起來，保持您的雙臂交叉放在胸前 When the participant is properly seated, say “請站起來，過程中保持您的雙臂交叉放在胸前” If the participant cannot rise without using arms, say “好了，試試用您的手臂扶著站起來 Record result and end test.

#### Single Chair Stand Test

Does the participant feel safe enough to stand without help?

- Yes       No

Mark the result:

- Participant stood without using arms → **Go to repeated chair stand test**
- Participant used arms to stand → **End Test**
- Test not completed →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**End test**



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

**Repeated Chair Stand Test.** 您認為您不用您的手臂支撐的情況下站起來五次是否安全? (Demonstrate and explain the procedure) 請盡可能快的站起來五次，中間不要停下來，每次站起來之後，坐下，然後再站起來，保持您的雙臂交叉放在胸前，我將用秒錶計時，讓我示範一下 When the participant is properly seated, say 預備? 站起來

*Begin timing. Count out loud as the participant arises each time, up to five times. Stop if participant becomes tired or short of breath during repeated chair stands. Stop the stopwatch when he/she has straightened up completely for the fifth time. Also stop if participant: 1) uses his/her arms; 2) after 1 minute, if participant has not completed all five rises; or 3) at your discretion, if concerned for participant's safety. If the participant stops and appears to be fatigued before completing the five stands, confirm this by asking “您可以繼續嗎? If the participant says “yes”, continue timing. If the participant says “no”, stop the test.*

### Repeated Chair Stand Test

Does the participant feel safe enough to stand without help?

- Yes
- No

Time (seconds) to complete 5 stands:   .

*(only enter if participant completes 5 stands)*

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

### Chair Stand SPPB Score

- Participant unable to complete 5 chair stands or completes stands in >60 sec: **0 points**
- Time ≥ 16.70 sec: **1 point**
- Time 13.70 to 16.69: **2 points**
- Time 11.20 to 13.69 sec: **3 points**
- Time ≤ 11.19 sec: **4 points**

### Total SPPB Score

Balance Test score      \_\_\_ points

Gait Speed Test score    \_\_\_ points

Chair Stand Test score    \_\_\_ points

=

**Total Score**                    \_\_\_ points (sum of points above)



# Exam 7

## UBACC

Participant ID #: Acrostic: Technician ID: Date:  /  /   
Month Day Year

This assessment of participants' capacity is administered verbally prior to obtaining consent signatures. Administer questions 1, 2, and 3 to all participants who do not have a known dementia diagnosis. If the response to any of these three questions is unacceptable, continue with administering the full set of UBACC questions. If the participant does not receive a perfect score on the full set, the incorrect questions may be re-administered for a total of 3 trials at one sitting. The participant is allowed to refer to the consent form. If the participant does not pass the UBACC, obtain consent from a legally authorized representative (LAR) and assent from the participant. If they have no LAR with them, they are sent home but can try again at a later date.

	Was the response satisfactory?	
1. 剛才向您描述的MESA第七次檢查的目的是什麼？	Yes	No*
2. 如果您不想參加您必須要參加嗎？	Yes	No*
3. 請描述在這次檢查中將發生的兩件事情。	Yes	No*

\* If no, proceed with full set of UBACC questions.

	Was the response satisfactory?	
4. 這個研究設計是否旨在改善您的健康？	Yes	No
5. 請描述如果參加這次檢查人們可能遇到的兩個危險或不適。	Yes	No
6. 參加這次檢查是否有可能對你沒有任何的益處？	Yes	No
7. 如果參加這次檢查是導致您受傷的直接原因，誰將支付您的醫療費用？	Yes	No
8. 如果人們有問題，可以在哪裡找到要聯繫的人的電話號碼？	Yes	No