

台灣城鄉之社區腸病毒 71 型血清流行病學調查-成人

EV71 Seroepidemiology study in urban and rural areas in Taiwan:
Questionnaire for adults

Date : ___ / ___ / ___

一、基本資料

First, basic information

1. 被抽血人姓名： 1. Name of the study subject	性別： gender:	生日：民國 年 月 日 Date of birth: ___ / ___ / ___
聯絡方式(手機) Contact information (mobile phone)	(電話) (phone)	
2. 地址 2. Address		
3. 這個住處已經住了___年 3. This place has lived for (how many) years	住家是在：(請勾選) <input type="checkbox"/> 城市區, <input type="checkbox"/> 鄉村區, <input type="checkbox"/> 城市邊緣地(市郊), <input type="checkbox"/> 工業區 The home is at: (please tick) <input type="checkbox"/> urban area, <input type="checkbox"/> rural area, <input type="checkbox"/> urban fringe (suburban), <input type="checkbox"/> industrial area	
4. 同住家庭人數共：___人 4. Living with family members: ___ (how many) People		
5. 您是否有小孩，有，請填以下： 為___男，年齡分別為：(_____) 為___女，年齡分別為：(_____) 5. Do you have children, yes, please fill in the following: ___(how many) sons, the ages are: (_____) ___(how many) daughters, the ages are: (_____)		
6. 您是否有慢性疾病? 6. Do you have a chronic disease?	<input type="checkbox"/> 有，(請註明：_____) <input type="checkbox"/> 無， <input type="checkbox"/> Yes, (please specify:) <input type="checkbox"/> No	
7. 您是否為B型肝炎帶原者? 7. Are you a hepatitis B carrier: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know		
8. 家中是否有人為B型肝炎帶原者: 8. Is there anyone in the family who is a hepatitis B carrier: <input type="checkbox"/> 有(請註明：_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Yes (please specify:_____) <input type="checkbox"/> No		
9. 家中主要飲水來源： <input type="checkbox"/> 自來水, <input type="checkbox"/> 井水, <input type="checkbox"/> 泉水, <input type="checkbox"/> 其他：_____		

9. Main sources of drinking water in the home: tap water, well water, spring water,
 other: _____

二、腸病毒相關疾病及接觸史

Second, enterovirus-related diseases and exposure history

題目	請選擇符合您的選項
1. 您是否得過手足口症？ 1. Did you have hand, foot and mouth disease in the past?	<input type="checkbox"/> 有，幾次： <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 大於5次 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes, several times: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> more than 5 times <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
2. 您是否得過咽峽炎？ 2. Did you have herpangina in the past?	<input type="checkbox"/> 有，幾次： <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 大於5次 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes, several times: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> more than 5 times <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
3. 家人中是否有人得過咽峽炎或手足口症？ 3. Did anyone in the family have herpangina or hand, foot and mouth disease in the past?	<input type="checkbox"/> 有(與您的關係為：_____)， <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes (the relationship with you is:) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
4. 您的鄰居是否得過咽峽炎或手足口症？ 4. Did your neighbors have herpangina or hand, foot and mouth disease in the past?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
5. 您是否曾與手足口症或咽峽炎患者接觸？ 5. Did you have contact with patients with hand, foot and mouth disease or herpangina?	<input type="checkbox"/> 有，請勾選以下 接觸方式： <input type="checkbox"/> 握手， <input type="checkbox"/> 摟抱， <input type="checkbox"/> 親吻， <input type="checkbox"/> 餵食， <input type="checkbox"/> 遊玩， <input type="checkbox"/> 其他方式：註明_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes, please tick the following Contact: <input type="checkbox"/> shaking hands, <input type="checkbox"/> hugging, <input type="checkbox"/> kissing, <input type="checkbox"/> sharing food, <input type="checkbox"/> playing, Other ways: please specify _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
6. 您的小孩是否得過手足口症？	<input type="checkbox"/> 有，幾次： <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 大於5次

6. Did your children have hand, foot and mouth disease in the past?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes, several times: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> more than 5 times <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know
7. 您的小孩是否得過咽峽炎? 7. Did your children have herpangina in the past?	<input type="checkbox"/> 有，幾次： <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 大於5次 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Yes, several times: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> more than 5 times <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don' t know

三、疫苗接種史

Third, the history of vaccination

請問您打了下列疫苗否？

Do you have the following vaccine

疫苗名稱 Vaccine name	★「有」施打 (以下請勾) ★ "Yes" Vaccination (Please check below)	若「有」施打，共幾劑 If you have a vaccine, how many doses were received	若「有」施打，最後一劑日期 If you have a vaccine, please write down the date of last dose	★「無」施打 (以下請勾) ★"None" vaccine (Please check below)	★「不知是否有」施打 (以下請勾) ★ "I don' t know Whether the vaccine was received
1. A 型肝炎疫苗 Hepatitis A vaccine	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> Yes	幾劑 how many ____ doses	年 月 日 __year__month __day	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Unknown
2. B 型肝炎疫苗： Hepatitis B vaccine	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> Yes	幾劑 how many ____ doses	年 月 日 __year__month __day	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Unknown
3. 水痘疫苗 Chickenpox Vaccine	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> Yes	幾劑 how many ____ doses	年 月 日 __year__month __day	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 不知 <input type="checkbox"/> Unknown