

Appendix 2a pre-pregnant questionnaire

姓名 Name : _____

身份证号 ID no : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

医院代码 Hospital No : _____ (到时打印到问卷上)

填表日期 Date : _____年____月____日

孕前膳食补充剂调查表
Pre-pregnancy nutrition supplement
questionnaire
(男女共用)

A 一般情况

A1 联系电话（请您认真填写，以助于医生和您联系）Contact number: _____(手机) _____(固定电话) _____(Email)			
A2 家庭住址 Address: _____区/县_____街道/小区_____门牌号码/村			
A3 您的出生日期是 Birth date _____年_____月_____日			
A4 民族 Nationality <input type="checkbox"/> 1 汉族 <input type="checkbox"/> 2 其他（请注明）_____			
A5 您的最高学历 Education <input type="checkbox"/> 1 初高中以下 <input type="checkbox"/> 2 大专本科 <input type="checkbox"/> 3 硕士研究生以上及以上			
A6 您现在的主要职业 Occupation <input type="checkbox"/> 1 管理人员/干部 <input type="checkbox"/> 2 技术人员 <input type="checkbox"/> 3. 企业主 <input type="checkbox"/> 4 工人 <input type="checkbox"/> 5 农民 <input type="checkbox"/> 6 个体户 <input type="checkbox"/> 7 其它_____			
A7 上一年您的家庭年收入是：Income of a year <input type="checkbox"/> 1. <2 万元 <input type="checkbox"/> 2. (2~3.9)万 <input type="checkbox"/> 3.(5.9)万 <input type="checkbox"/> 4.(6~9.9)万 <input type="checkbox"/> 5.(10~14.9)万 <input type="checkbox"/> 6.15 万及以上 <input type="checkbox"/> 9.不详			
A8 填表日期 Date _____年_____月_____日			

B 营养补充剂使用情况

营养补充剂种类 Nutritional supplement types	叶酸 Folic acid	复合维生素 multi-vitamins	单一维生素 Single vitamin
您在近三个月是否服用 Have you taken it in the last three months?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
您服用的什么品牌的营养补充剂？（如果没有对应选项请在其他处写明） Brand name	<input type="checkbox"/> 1、创盈金斯利安多维片 <input type="checkbox"/> 2、福施福胶囊营养素 <input type="checkbox"/> 3、汤臣倍健 <input type="checkbox"/> 4、安利纽崔莱铁 <input type="checkbox"/> 5、其他_____	<input type="checkbox"/> 1、爱乐维 <input type="checkbox"/> 2、汤臣倍健孕妇专用 <input type="checkbox"/> 3、惠氏玛特纳 <input type="checkbox"/> 4、21 金维他 <input type="checkbox"/> 5、其他_____	<input type="checkbox"/> V _C <input type="checkbox"/> V _E <input type="checkbox"/> V _{B1} <input type="checkbox"/> V _{B2} <input type="checkbox"/> 其他_____
您这三个月的服用频率？（如果食用频率小于每天/周一一次，请填写每周/月食用几次，并勾出周/月） How often did	_____次/□天 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 月	_____次/□天□周□月	_____次/□天 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 月

营养补充剂种类 Nutritional supplement types	铁 Fe	钙 Ca	锌 Zn
您在近三个月是 否服用 Have you taken it in the last	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否

you take in			
--------------------	--	--	--

three months?			
您服用的什么品牌的营养补充剂？(如果没有,选项请在其他处写明) Brand name	<input type="checkbox"/> 1、汤臣倍健叶酸亚铁片 <input type="checkbox"/> 2、安利纽崔莱铁片 <input type="checkbox"/> 3、金康倍叶酸铁片 <input type="checkbox"/> 4、其他_____	<input type="checkbox"/> 1、惠氏金钙尔奇 <input type="checkbox"/> 2、君宝康孕妇钙片 <input type="checkbox"/> 3、十月妈咪维生素 AD 钙锌咀嚼片 <input type="checkbox"/> 4、安利钙镁片 <input type="checkbox"/> 5、其他_____	<input type="checkbox"/> 1、美康利健 MK 硒金牡蛎锌片 <input type="checkbox"/> 2、汤臣倍健 锌咀嚼片 <input type="checkbox"/> 3、宫诺肽片 <input type="checkbox"/> 4、其他_____
您这三个月的服用频率？(如果食用频率小于每天/周一次,请填写每周/月食用几次,并勾出周/月) How often did you take in	____次/□天 □周 □月	____次/□天□周□月	____次/□天 □周 □月

B 营养补充剂使用情况

C 吸烟情况	
C1 您有吸烟史吗? Have you smoked cigarettes ever before?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否(跳至 F6)
C2 在您最近的 3 个月内, 您是否吸烟? Did you smoke cigarettes in 3 month	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否
C3 如果是, 您平均每天吸多少支烟? On average, how many cigarettes did you smoke each day in the month after your last menstrual period?	_____ 支
C4 如果您曾经戒过烟, 您戒了多少次? How many times did you stop smoking?	_____
C5 在您生活的大多数时间里, 您是否暴露于他人烟草烟雾中? On most days during your pregnancy, were you exposed to someone else's cigarette smoke?	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 0 否(跳至 G1)
C6 您在哪里暴露与烟草烟雾中 Where were you exposed to the smoke?	<input type="checkbox"/> 1 仅在家中 <input type="checkbox"/> 2 仅在工作单位 <input type="checkbox"/> 3 在家和在工作单位均暴露
D 酒精	
D1 您最近三个月的饮酒情况? During the 3 months before or during your pregnancy, did you ever drink any alcoholic beverages? <input type="checkbox"/> 0.从未饮酒; <input type="checkbox"/> 1.尝试饮酒(曾饮至少半瓶或一听啤酒, 一小盅白酒等); <input type="checkbox"/> 2.现在饮酒(过去 30 天, 至少有一天喝过一杯酒); <input type="checkbox"/> 3.重度饮酒(过去 30 天, 至少有一天在 2 小时内喝过五杯酒); <input type="checkbox"/> 4.醉酒(过去 12 个月内, 因喝酒太多而感到头晕/头疼/嗜睡等醉酒症状)。	

核查人员签名：_____