



สำนักงานสาธารณสุขประเทศไทย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ดินสอดสี 2B ในการบันทึกข้อมูล

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 โดยตัวเลขที่บันทึกต้องอยู่ภายในช่องสี่เหลี่ยม เท่านั้น ตัวเลขต้องไม่ขีดขอบกล่อง

ดังตัวอย่าง

ค. ให้กาเครื่องหมาย × ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q0001 2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมและเซ็นชื่อด้วยความสมัครใจ

ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q0001 ลำดับที่การลงทะเบียน

(q code เดียวกับในแบบ ps-02)

ชุดตัวอย่างที่ 1. 2. 3. /ลำดับที่ในชุดตัวอย่าง

Q0002 ภาค

1. เหนือ 2. กลาง 3. ตะวันออกเฉียงเหนือ

4. ใต้ 5. กรุงเทพมหานคร

Q0003 จังหวัด

.....

Q0004 อำเภอ

.....

Q0005 เขตการปกครอง

1. ในเขตเทศบาล ชื่อ..... 2. นอกเขตเทศบาล

Q0006 หน่วยเลือกตั้งหรือหมู่บ้าน

เลขที่(หน่วยเลือกตั้งหรือหมู่บ้าน)..... เลขที่หน่วยเลือกตั้ง หรือ หมู่บ้าน

Q0007 บ้านเลขที่

.....

หมวดที่ Q9000 การตรวจร่างกาย	
(กรณีปฏิบัติหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย × ลงในช่องสี่เหลี่ยม <input type="checkbox"/> ดังตัวอย่าง <input checked="" type="checkbox"/>)	
1. น้ำหนักและส่วนสูง	
ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นกะ/ครึ่ง) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า	
Q9001 ความสูง เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้
ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นกะ/ครึ่ง) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด	
Q9002 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> กิโลกรัม <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้
2. เส้นรอบเอว	
Q9003 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้
Q9004 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร
3. เส้นรอบสะโพก	
Q9005 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้
Q9006 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร
4. ความยาวของแขน	
Q9007 ความยาวของแขน (arm span).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> เซนติเมตร

5. ความดันเลือดและชีพจร	
<p>ผม (ดิฉัน) ขออนุญาตวัดความดันเลือดและชีพจร กรุณานั่งตัวตรง หลังจากสวมที่หุ้มแขน ให้ตำแหน่งที่วัดอยู่ระดับหัวใจ จะทำการวัด 3 ครั้ง ซึ่งที่หุ้มแขนจะบีบแขนของท่านเล็กน้อย กรุณาผ่อนคลายตามสบาย</p> <p>ผู้สัมภาษณ์: ควรให้ผู้ตอบสัมภาษณ์นั่งตัวตรงสงบอย่างน้อย 5 นาที สาทิตวิธีกรวางแขนบน โต๊ะขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้องและผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด</p>	
ให้คำแนะนำ วัดความดันเลือด แขน ขวา และวัดท่านั่ง	
Q9008 ขนาดของที่รัดแขนที่ใช้	
<input type="checkbox"/> 1. เล็ก (S) <input type="checkbox"/> 2. กลาง (M) <input type="checkbox"/> 3. ใหญ่ (L)	
Q9009 ค่าความดันสูงสุดที่บีบลม (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9010 ครั้งที่ 1	
Q9010a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9010b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9010c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที
<p>ผู้สัมภาษณ์: บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆกับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ / ครับ)</p>	
Q9011 ครั้งที่ 2	
Q9011a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9011b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9011c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที
<p>ผู้สัมภาษณ์: บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ ให้ผ่อนคลาย ขณะที่รอกการวัดครั้งที่ 3 ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สาม (นะคะ/ครับ)</p>	
Q9012 ครั้งที่ 3	
Q9012a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9012b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท
Q9012c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที

6. การเดินจับเวลา (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ผู้สัมภาษณ์: ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินระยะทาง 4 เมตร บนพื้นที่ราบเรียบและตรง ทำสัญลักษณ์บนพื้นเมื่อเริ่มและสิ้นสุด ตรวจสอบว่าพื้นผิวนั้นเรียบและไม่มีสิ่งกีดขวาง โดยผู้สัมภาษณ์จะเดินตามข้างหลังผู้ตอบสัมภาษณ์เล็กน้อย

6.1 การเดินปกติ

ต่อไปนี่ (ผม/ดิฉัน) จะสังเกตการณ์เดินตามปกติของท่าน (นะคะ/ครับ) ถ้าท่านใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเดินที่ทำให้เดินสะดวกขึ้น ก็สามารถนำมาใช้ด้วยได้ ในการเดินนี้ให้ท่านเดินจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดข้างหน้าที่มีเทปติดพื้นอยู่ ครั้งแรกเป็นการเดินปกติ(เหมือนเวลาเดินตามถนนเพื่อไปร้านค้า) โดย (ผม/ดิฉัน) จะเดิน ไปกับท่านด้วย(นะคะ/ครับ)

ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดิน

คุณรู้สึกว่าการเดินนี้ปลอดภัยหรือไม่? ถ้าตอบว่า “ใช่” ทดสอบต่อ

เมื่อเริ่มทดสอบ ให้พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม” (อย่าใช้เสียงดังนะคะ เขาอาจตกใจ)

เตรียมพร้อม เริ่ม

Q9013 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความเร็วปกติตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่

2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ

3. ไม่สำเร็จ/ไม่สามารถเดินได้แม้จะมีการช่วยเหลือ → Q9017

Q9014 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร

 .

วินาที

6.2 การเดินเร็ว

ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินเร็ว, ในครั้งนี้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินเร็วที่สุดเท่าที่รู้สึกว่าเดินแล้วปลอดภัย

ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดินเร็ว

เมื่อเริ่มทดสอบ ผู้สัมภาษณ์พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม”

Q9015 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความรวดเร็วตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่

2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ/ไม่สามารถเดินได้..... → Q9017

Q9016 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร

 .

วินาที

7. ทดสอบการมองเห็น (Vision test) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติใส่แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

ผู้สัมภาษณ์ : ให้วางแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมีมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่งถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไปให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิวน้อยกว่า 3 คำ)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา

Q9017a ปกติท่านใช้แว่นสายตาในการอ่านระยะใกล้หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่

Q9017b การมองใกล้ – ตาซ้าย	Distance Equivalent	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9018a การมองใกล้ – ตาขวา	Distance Equivalent	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9018b ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาดูจะตรวจใช่หรือไม่		<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่

8. การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

การคัดกรอง : ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือ ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้นให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัดแรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบ ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ

Q9019 มือข้างไหนที่ท่านถนัด?

1. ซ้าย

2. ขวา

3. ทั้งสองมือ

มือข้างที่ถนัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

ให้ผู้ถูกทดสอบนั่ง ปล่อยมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศาให้ศอก ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลัง เช็ก แชนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

ผู้สัมภาษณ์: สาริต

ผม (ดิฉัน) จะให้ท่านทดสอบแรงบีบมือแต่ละข้าง ข้างละสองครั้ง เริ่มด้วยมือซ้าย ถ้าท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายให้บอกด้วย เราจะหยุดการทดสอบ เมื่อผม(ดิฉัน)บอกให้ “บิบบ” ให้ท่านออกแรงบีบให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บิบบ บิบบ บิบบ!”

Q9020 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	กิโลกรัม
	<input type="text"/>	ปฏิเสธ → Q9024
Q9021 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	กิโลกรัม

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มีมือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บิบบ บิบบ บิบบ!”

Q9022 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือขวา	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	กิโลกรัม
	<input type="text"/>	ปฏิเสธ → Q9024
Q9023 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	กิโลกรัม

9. การทดสอบการทำงานของปอด (Lung Function) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

ถ้า ผู้เข้าทดสอบมีอาการต่อไปนี้ไม่ต้องทดสอบสมรรถภาพปอด

1. ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย อ่อนเพลียมาก
2. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอดระยะติดต่อ
3. ความดันเลือดสูงที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือคุมได้ไม่ดี โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ
4. ประวัติเส้นเลือดแดงโป่ง (aneurysm) ในทรวงอก ท้อง หรือสมอง
5. หลังผ่าตัดไม่เกิน 3 เดือน เช่น ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผ่าตัดช่องอก หรือช่องท้อง
6. สตรีมีครรภ์

ต่อไปนี้จะทำการทดสอบการหายใจและการทำหน้าที่ของปอด โดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพปอด ซึ่งจะแสดงปริมาณอากาศที่ ท่านหายใจและความเร็วในการหายใจเข้าและออก กรุณาใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพราะมีความสำคัญต่อการได้รับผลการทดสอบที่ดี ขั้นตอนการเป่ามีดังนี้

- 1) หายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มปอด
- 2) วางปากครอบลงบนหลอดที่เป่า (mouthpiece)
- 3) เป่า แรงและเร็วอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งรู้สึกหมดลมในปอด

กรุณาตั้งใจดูการสาธิตตัวอย่าง

ผู้สัมภาษณ์: สาธิตวิธีการตรวจสอบสมรรถภาพปอด

ผู้สัมภาษณ์: 1. แสดงให้ผู้เข้าร่วมทดสอบเห็นว่า หลอดเป่าปากที่ใช้ในสภาวะ

2. ระหว่างการเป่าแต่ละครั้ง ให้ผู้เข้าร่วมทดสอบพักจนกว่าหายใจอยู่ในระดับปกติ

ให้ผู้ถูกทดสอบฝึกเป่า 1 ครั้ง จากนั้น ทำการทดสอบ 3 ครั้ง ถ้าพร้อมแล้วหายใจเข้าลึกๆ ปากครอบลงบนที่เป่า และ เป่า เป่า เป่า!

ผลการทดสอบ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
Q9024 FVC (forced expiratory vital capacity) (ลิตร)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9025 FEV1 (forced expiratory volume) (ลิตร)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9026 FEV1% (forced expiratory volume) (%)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Q9027 PEF (peak expiratory flow) (ลิตร)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9028 FEF25-75 (forced expiratory flow) (ลิตร)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Q9029 FET (forced expiratory time) (ลิตร)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Save ข้อมูลการตรวจสอบสมรรถภาพปอดใน drive และ ไฟล์ (access file) ชื่อ

10. ลักษณะร่างกายทั่วไป

Q9030 ลักษณะร่างกายทั่วไป 1. ปกติ 2. ไม่ปกติ ระบุ.....

Q1106 ผู้สูงอายุเกิดที่จังหวัด.....	<input type="text"/> <input type="text"/> (รหัสจังหวัดตามคู่มือ)
Q1107 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลา นานเท่าใด.....ปี.....เดือน	ปี / เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Q1108 ขณะนี้ท่านผู้สูงอายุนับถือศาสนาอะไร <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. คริสต์ <input type="checkbox"/> 3. อิสลาม <input type="checkbox"/> 4. ไม่นับถือศาสนา <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ.....	
Q1109 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส/ อยู่ในบ้านเดียวกัน <input type="checkbox"/> 3. สมรส/ อยู่คนละบ้าน <input type="checkbox"/> 4. หม้าย <input type="checkbox"/> 5. หย่า/ เลิก <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ).....	
Q1110 ท่านได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี.....ปี(ไม่นับ อนุบาล)	<input type="text"/> <input type="text"/> ปี
Q1111 ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดระดับใด <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเรียน <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาหรือน้อย <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ <input type="checkbox"/> 5. ปวส./อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีและสูงกว่า <input type="checkbox"/> 7. เปรียญ <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ(ระบุ).....	

Q1200 การทำงานและรายได้	
Q1200 ในปัจจุบัน ท่านยังทำงานอยู่หรือไม่ (งานที่มีรายได้ ไม่รวมการทำงานในลักษณะดูแลหรือทำความสะอาดบ้านของตนเอง)	
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q1211

Q1202 ท่านทำงานอะไรระบุ(เลือกตอบเพียงอาชีพเดียวที่ใช้เวลามากที่สุด)

- 1. อาชีพพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน(รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้าน ฯลฯ)
- 2. เกษตรกร ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์ ชาวประมง ฯลฯ
- 3. ผู้ประกอบงานคุมเครื่องจักรในโรงงาน และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบการผลิต ขับรถ ขับเรือ ฯลฯ
- 4. ช่าง ฝีมือ สาขาต่างๆ ก่อสร้าง ค้าขาย ฯลฯ
- 5. เสมียน เลขานุการ พนักงานพิมพ์ดีด พนักงานในสำนักงาน ฯลฯ
- 6. พนักงานบริการ การตลาด การค้า พนักงานขาย พนักงานดูแล(พี่เลี้ยง) สับเหระ
- 7. นักวิชาชีพ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวกร วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ พยาบาล บัญชี ทนาย กฎหมาย นักเขียน อาจารย์ ฯลฯ)
- 8. นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ฯลฯ
- 9. ทหาร ตำรวจ
- 10. ไม่มีอาชีพ
- 11. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q1203 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q1200 ท่านทำงานในฐานะอะไร (ตอบเฉพาะงานหลักที่ท่านผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด)

- 1. เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเอง
- 2. ลูกจ้างรัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ
- 3. ลูกจ้างเอกชน
- 4. การรวมกลุ่ม
- 5. ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานเชิงเศรษฐกิจ

Q1210 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q1200 เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านยังทำงานอยู่ (ตอบทุกข้อ)

	1. ใช่	2. ไม่ใช่
Q1210a ต้องการรายได้เลี้ยง ครอบครัว/ตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1210b สุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1210c เป็นอาชีพประจำ ไม่มีผู้ดูแลแทน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1210d ใจเวลาว่างให้เป็นประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1210e ช่วยบุตรและสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1210f อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1211 ใน 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สินในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวจากแหล่งต่อไปนี้ ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

แหล่งที่มาของรายได้	ใช่	ไม่ใช่	แหล่งที่มาของรายได้	ใช่	ไม่ใช่
Q1211a การทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q1211f คู่สมรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1211b บำเหน็จ บำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q1211g ลูก/หลาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1211c เงินออมหรือดอกเบี้ยหรือทรัพย์สิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q1211h พี่/น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1211d เงินกองทุนเลี้ยงชีพ หรือเบี้ยยังชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q1211i ญาติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1211e เงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q1211j อื่นๆ(ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1212 ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันประมาณเดือนละเท่าใด

.....บาท

บาท

ไม่ตอบ / ไม่ทราบ

Q1213 ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่ง พอเพียง หรือไม่

1. เกินพอเพียง 2. พอเพียง 3. เพียงพอบางครั้ง 4. ไม่เพียงพอ

Q1300 ลักษณะการอยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้าน

Q1301 ท่านอยู่กับใครในบ้านที่อยู่ปัจจุบัน

1. อยู่คนเดียว 5. อยู่กับครอบครัวของญาติ

2. อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น 6. อยู่กับครอบครัวผู้อื่น

3. อยู่กับบุตร(คู่สมรสอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้) 7. อื่นๆ (ระบุ).....

4. อยู่กับครอบครัวบุตรและหลาน (3 รุ่น)

Q1302 ท่านอยู่ในครัวเรือนปัจจุบันในสถานะใด

1. หัวหน้าครัวเรือน 2. สมาชิก/ภรรยาของหัวหน้า 3. อยู่กับบุตร

4. เป็นผู้อาศัยในบ้านญาติ พี่น้อง 5. เป็นผู้อาศัยในครัวเรือน 6. อื่น(ระบุ).....

Q1303 ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัย

1. บ้านชั้นเดียว ยกพื้นสูง 2. บ้านชั้นเดียว ไม่ยกพื้น

3. บ้าน/ตึกสองชั้นขึ้นไป (ทาว์นเฮ้าส์/ห้องชุด) 4. อื่นๆ(ระบุ).....

Q1304 ในการดำรงชีวิตแต่ละวันต้องขึ้นลงบันไดใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q1305 พื้นบ้านที่ท่านอยู่ เดินแล้วลื่นหรือไม่

1. ลื่น 2. ไม่ลื่น

Q1306 บ้านที่พักได้มีการดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุของท่านใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q1307 บ้านของท่านอยู่ มีราวสำหรับยึดเกาะหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Q1307a มีราวบันได 1. มี 2. ไม่มี

Q1307b ราวเกาะในห้องนอน 1. มี 2. ไม่มี

Q1307c ราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม 1. มี 2. ไม่มี

Q1308 ลักษณะของห้องที่ใช้นอน ดังต่อไปนี้

Q1308a อยู่ชั้นล่าง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q1308b นอนบนเตียง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q1308c นอนที่พื้นห้อง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q1309 ลักษณะการใช้ส้วม

1. นั่งห้อยขา 2. นั่งยองๆ 3. อื่นๆ (ระบุ).....

Q1400 ผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวัน

Q1401 ท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันหรือไม่

1. ไม่จำเป็นต้องสามารถดูแลตนเองได้ 2. ต้องการผู้ดูแลกิจกรรมบางอย่าง 3. ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด

Q1402 ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลใช่หรือไม่ (โปรดตอบตามความเป็นจริง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q1500

Q1403 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q1402 ใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

1. คู่สมรส 2. บุตรชาย

3. บุตรหญิง 4. พ่อ/แม่

5. บุตรของบุตร (หลาน) 6. พี่/น้อง

7.ญาติ 8. เพื่อนบ้าน

9. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล 10. อื่นๆ (ระบุ).....

Q1500 ท่านต้องรับภาระเลี้ยงดูบุคคลต่อไปนี้หรือไม่ (ด้านเศรษฐกิจ)		
Q1501 จำนวนรวม	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน ถ้าไม่มีให้บันทึก 00
Q1502 บิดา/ มารดาของตนเองและคู่สมรส	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน
Q1503 คู่สมรสของท่าน	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน
Q1504 บุตร	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน
Q1505 ญาติ	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน
Q1506 อื่น ๆ(ระบุ).....	.....คน	<input type="text"/> <input type="text"/> คน

หมวดที่ Q2000 การวัดภาวะพึ่งพาใน การ ประกอบกิจวัตรประจำวัน

พนักงานสัมภาษณ์ : เป็นการวัดความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นการทดสอบว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง และที่ทำได้จริง ๆ ให้ถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ โดยทั่วไปจะถามในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ก่อนวันสัมภาษณ์ ถ้าทำไม่ได้หมายถึงความสามารถอยู่ในภาวะพึ่งพา คำถามส่วนแรก (ADL) 8 ข้อ ภาวะพึ่งพาแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ทำได้เอง(3) ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ หรือทำไม่ได้บางครั้ง (2) และทำไม่ได้เลย (1) ชุดคำถามส่วนที่ 2(IADL, Functional limitation และ Communication) เพิ่มตัวเลือกสำหรับบางกิจกรรมที่ ไม่เคยทำเลย (4)

ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตัวเองหรือไม่ (Activities of Daily Livings-ADL)

การดูแลตนเอง	ทำได้เอง (3)	ต้องมีผู้อื่นช่วยหรือ ใช้อุปกรณ์ (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q2001 อาบน้ำ / ล้างหน้า	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2002 แต่งตัว	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2003 กินอาหาร	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2004 ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2005 การใช้ห้องน้ำ/ส้วม	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2006 เดินไปเดินมาภายในตัวบ้าน	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q2007 กลั้นปัสสาวะได้ <input type="text"/> (3)กลั้นได้ <input type="text"/> (2) กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง <input type="text"/> (1) กลั้นไม่ได้เลย			
Q2008 กลั้นอุจจาระได้ <input type="text"/> (3)กลั้นได้ <input type="text"/> (2) กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง ภายใน 7 วัน <input type="text"/> (1)กลั้นไม่ได้เลย			

ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตัวเองหรือไม่ (Instrumental Activities of Daily Livings)				
การทำงานบ้าน	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q2009 ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2010 จัดยากินเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2011 งานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน/ เก็บของ/ทำเตียง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2012 งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน/ ตักน้ำ/ยกของ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2013 ตัดเล็บเท้า ด้วยตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด (Functional limitations)				
ความจำกัดในการทำหน้าที่	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ทำได้ต้องมีผู้อื่น ช่วยหรือใช้ อุปกรณ์ หรือต้อง หยุดพัก (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q2014 เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2015 หัวของหนัก เช่น หัวของกลับจากตลาดหรือจากห้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2016 เดินขึ้นหรือลงบันไดประมาณ 10 ขั้น โดยไม่พัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2017 เดิน ไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือประมาณ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึก(ห้องแถว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2018 ออกนอกบ้าน ได้โดยขับรถเอง/นั่งรถประจำทาง/ รถ เครื่อง/รถสองแถว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ (Communication)				
การติดต่อสื่อสาร	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง อย่าง สม่ำเสมอ (3)	ทำได้บ้าง (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q2019 การพูดคุยสื่อสารกับคนในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2020 การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านกรณีจำเป็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2021 ใช้โทรศัพท์โทรออก กดเบอร์เอง และรับเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3300 การดูแลตนเอง					
โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก	ไม่ลำบาก 1	ลำบากเล็กน้อย 2	ลำบากปานกลาง 3	ลำบากมาก 4	ลำบากมากที่สุด 5
Q3301 ในการดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำหรือสวมเสื้อผ้า (การไปเอาเสื้อผ้าจากตู้ การคิด กระดุม การผูกเงื่อน) ในระดับใด ถ้าหากตอบว่าไม่ได้อาบน้ำเลยใน 30 วันที่ผ่านมา สาเหตุเพราะมีปัญหาทางร่างกายทำให้อาบน้ำเองไม่ได้ให้ตอบ “5”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3302 ในการดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของตัวเอง (หวีผม แต่งตัว แต่งหน้า) ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3400 ความเจ็บปวดและ/หรือ ความไม่สบาย					
โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	ไม่เจ็บปวด/สบายดี 1	มีเล็กน้อย 2	มีปานกลาง 3	รุนแรงมาก 4	รุนแรงที่สุด 5
Q3401 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการ <u>เจ็บปวดของร่างกาย</u> ในระดับใด หมายถึงอาการปวดที่เกิดขึ้นระยะสั้นหรือที่ปวดเป็นเวลา ซึ่งการเจ็บปวดนี้รบกวนหรือเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3402 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมี <u>ความไม่สบายกาย</u> ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3500 การมีสมาธิ					
โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก	ไม่ลำบาก 1	ลำบากเล็กน้อย 2	ลำบากปานกลาง 3	ลำบากมาก 4	ลำบากมากที่สุด 5
Q3501 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมีสมาธิ หรือการจดจำสิ่งต่างๆในระดับใด (ตัวอย่างเช่นการมีสมาธิในระหว่างทำงาน อ่าน หนังสือ วาดภาพ ฟัง เล่นดนตรี ประกอบชิ้นส่วนเครื่องมือต่างๆในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีเสียงอึกทึกคึกโครม ส่วนการจดจำสิ่งต่างๆหมายถึง การไม่ลืมทำกิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน เช่น การนัดหมาย การจ่ายค่าโทรศัพท์ การไปซื้อของ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3502 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการเรียนรู้งานชนิดใหม่ในระดับใด (ตัวอย่างเช่นเรียนรู้เส้นทางไปสถานที่ที่ไม่เคยไป วิธีเล่นเกมชนิดใหม่ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ วิธีการทำอาหารชนิดใหม่ หรือทักษะใหม่อื่นๆที่ได้เรียนรู้ในชีวิตประจำวัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3600 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น					
โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก	ไม่ลำบาก	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากมาก	ลำบากมากที่สุด
	1	2	3	4	5
Q3601 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับใด (สัมพันธภาพหมายถึง สัมพันธภาพกับสามี/ภรรยา/คนรัก/ญาติ/เพื่อน ส่วนกิจกรรมทางสังคมหมายถึง การร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นเช่นกับเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน อาจเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อชุมชน เป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3602 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการจัดการกับความขัดแย้งและความตึงเครียด ที่เกิดขึ้นระหว่างท่านกับคนอื่น ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3700 การนอนหลับ / ความกระปรี้กระเปร่า					
โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	ไม่มีปัญหา	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	รุนแรงมาก	รุนแรงที่สุด
	1	2	3	4	5
Q3701 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไปในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3702 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความรู้สึกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอและรู้สึกไม่สดชื่นในตอนกลางวัน ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้หมายถึงพลังและความกระปรี้กระเปร่าที่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติงานได้คล่องหรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3800 อารมณ์					
โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	ไม่มีปัญหา	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	รุนแรงมาก	รุนแรงที่สุด
	1	2	3	4	5
Q3801 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าหมอง รู้สึกแย่หรือรู้สึกซึมเศร้า ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้หมายถึง การที่ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจปกติได้อันเนื่องมาจากมีความรู้สึกดังกล่าว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3802 ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความกลัดกลุ้มหรือความวิตกกังวลในระดับใด (คำถามนี้ต้องการทราบถึงการมีภาวะอารมณ์ด้านลบของท่านเช่น ความรู้สึกแย่ วิตกกังวลและตึงเครียด โดยที่ท่านไม่สามารถปล่อยวางจิตใจในทางตรงข้ามกับเผ้าครุ่นคิดแต่ในเรื่องที่ไม่จำเป็นต้องคิด)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3900 การมองเห็น					
คำถามข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความยากลำบากเกี่ยวกับการมองเห็นของบุคคลที่รายงานด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยของพนักงานสัมภาษณ์หรือนักวิจัย					
Q3901 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะไกลหรือไม่ (เช่น มองไปอีกฟากหนึ่งของถนน)					
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่			
Q3902 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะใกล้หรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ ระยะห่างประมาณ 1 ช่วงแขน)					
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่			
ในการตอบข้อ Q3903 และ Q3904 ให้ท่านนึกถึงความสามารถในการมองเห็นของท่านในสภาพอากาศหรือสภาพแวดล้อมปกติ ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกจัด มีฝนตกหนักหรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่	ไม่ลำบาก	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากมาก	ลำบากมากที่สุด
	1	2	3	4	5
Q3903 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการจำหน้าคนที่รู้จักซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนน (หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3904 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมวดที่ Q4000 คุณภาพชีวิต					
ต่อไป (ผม/ดิฉัน) จะขอสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตของท่าน และความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต					
Q4001 ท่านมีพลังงานเพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่					
<input type="checkbox"/> 1. ได้สมบูรณ์		<input type="checkbox"/> 2. ได้ส่วนใหญ่		<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	
		<input type="checkbox"/> 4. เล็กน้อย		<input type="checkbox"/> 5. ไม่เลย	
Q4002 ท่านมีเงินใช้จ่ายเพียงพอที่สนองตามความต้องการหรือไม่					
<input type="checkbox"/> 1. ได้สมบูรณ์		<input type="checkbox"/> 2. ได้ส่วนใหญ่		<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	
		<input type="checkbox"/> 4. เล็กน้อย		<input type="checkbox"/> 5. ไม่เลย	
กรุณาตอบถึงความพึงพอใจในหัวข้อต่อไปนี้ (แผนภาพที่ 3 หน้า 5)					
ท่านมีความพึงพอใจในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่	พอใจมาก (1)	พอใจ (2)	เฉยๆ (3)	ไม่พอใจ (4)	ไม่พอใจมาก(5)
Q4003 สุขภาพของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4004 ตัวท่านเอง (ความภูมิใจ พพอใจในตนเอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4005 ความสามารถของท่านในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4006 ความสัมพันธ์ส่วนตัวของท่านกับผู้ใกล้ชิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4007 สภาพที่พักอาศัยของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ท่านมีความพึงพอใจในสิ่งต่อไปนี้อย่างไร	พอใจมาก (1)	พอใจ (2)	เฉยๆ (3)	ไม่พอใจ (4)	ไม่พอใจมาก(5)
Q4008 ท่านมีความพอใจในชีวิตของท่านโดยรวม ทุกวันนี้มากแค่ไหน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4009 บ่อยแค่ไหน ที่ท่านมีความรู้สึกที่ ไม่สามารถควบคุม เหตุการณ์สำคัญ สิ่งสำคัญในชีวิต (เช่น การเลือกงาน การเลือกคู่ครอง ฯลฯ)ท่านได้ <i>อ่านตัวเลือก</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ไม่เคยเลย 2. แทบจะไม่เคยเลย 3. บางครั้ง 4. บ่อยครั้ง 5. บ่อยมากๆ					
Q4010 บ่อยแค่ไหน ที่ท่านพบว่า ตนเอง ไม่สามารถรับมือ หรือจัดการกับทุกสิ่งต่างๆที่ท่านต้องเผชิญ <i>อ่านตัวเลือก</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ไม่เคยเลย 2. แทบจะไม่เคยเลย 3. บางครั้ง 4. บ่อยครั้ง 5. บ่อยมากๆ					
Q4011 ท่านจัดอันดับคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมว่าอยู่ในระดับใด <i>อ่านตัวเลือก</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ดีมาก 2. ดี 3. ปานกลาง 4. แย่ 5. แย่มาก 6. ไม่ทราบ					
Q4012 เมื่อพิจารณาทุกๆเรื่องโดยรวม ทุกวันนี้ท่านจะบอกว่า ตัวเองเป็นอย่างไร <i>อ่านตัวเลือก</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. มีความสุขมากๆ 2. มีความสุข 3. สุขบ้าง ทุกข์บ้าง(ไม่สุข ไม่ทุกข์)					
4. ไม่มีความสุข 5. ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง มีความทุกข์ 6. ไม่ทราบ					

หมวดที่ Q5000 สภาพสมองในผู้สูงอายุ และ สุขภาพจิต		
Q5100 สภาพสมองในผู้สูงอายุ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-THAI 2002) มีทั้งหมด 11 ข้อ		
<p>สำหรับผู้สัมภาษณ์ : ก่อนการทดสอบให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวนำกับผู้สูงอายุก่อนว่า คำถามที่จะถามต่อไปนี้เป็นการทดสอบความคิด ความจำ การคำนวณ การพูด และ ใช้ภาษา ซึ่งท่านอาจรู้สึกว่าเป็นคำถามธรรมดาสามัญและง่ายเกินไป มิได้เป็นการดูถูกสติปัญญา เป็นการสำรวจทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุไทย ขอให้กรุณาตอบคำถามในชุดต่อไปนี้ด้วย เพราะต้องนำผลไปใช้กับประชากรทุกระดับการศึกษาและอาชีพ ในต่างประเทศก็ใช้แบบทดสอบแบบง่าย ๆ อย่างนี้เช่นกัน</p> <p>ในกรณีที่ผู้สัมภาษณ์ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ Q5106, Q5107, Q5108, Q5112 และข้อ Q5114</p>		
Q5101 ORIENTATION for time (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมในหมวดนี้ 5 คะแนน)		
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q5101a วันนี้วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5101b วันนี้ วันที่เท่าไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5101c เดือนนี้ เดือนอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5102d ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ใดของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q5103e ปีนี้ปีอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5104 ORIENTATION for place (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมในหมวดนี้ 5 คะแนน)		
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q5104a สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร (บริเวณที่ตรวจ)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5104b หมู่บ้าน/ ย่าน/ ถนน อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5104c อำเภอ /เขต อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5104d จังหวัด อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5104e ภาคอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5105 REGISTRATION ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมหมวดนี้ 3 คะแนน)		
<p>ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ ทะเล รถยนต์) เพียงครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำ แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก</p> <p>หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่างและบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าจะกลับมามาถามใหม่</p>		
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
ต้นไม้	1.....	<input type="checkbox"/> 1. ถูก 1 คำตอบ
ทะเล	2.....	<input type="checkbox"/> 2. ถูก 2 คำตอบ
รถยนต์	3.....	<input type="checkbox"/> 3. ถูกหมดทั้ง 3 คำตอบ
Q5106 ATTENTION/CALCULATION (ให้เลือกตอบข้อ Q5107 หรือ Q5108 ข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ ให้ถามว่า “ คิดเลขในใจเป็นหรือไม่ ”		
<input type="checkbox"/> 1. เป็น → Q5107 <input type="checkbox"/> 2. ไม่เป็น หรือไม่ตอบ → Q5108		

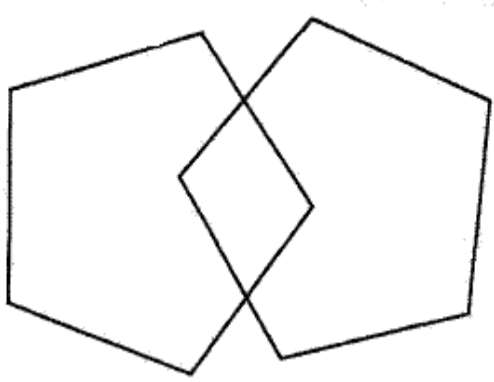
สำหรับผู้ที่ตอบว่าเป็นในข้อ Q5106 บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งที่ผิดและถูก) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ครั้งที่ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องไปทำข้อ Q5108				
Q5107 CALCULATION (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 5 คะแนน) “ข้อคิดในใจ ให้เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”				
ถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้		
Q5107a 100 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด	
Q5107b 93 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด	
Q5107c 86 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด	
Q5107d 79 - 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด	
Q5107e 72 - 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด	
Q5108 ATTENTION “ดิฉัน/ ผม จะสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง แล้วให้คุณตา/ยาย สะกดออกหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกด ว่า มอ ม้า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหน คุณตา/ยาย สะกดออกหลัง ให้ฟัง ซิคะ “				
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้		
ม ะ น า ว	ว า น ะ ม	Q5108a <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ว	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
		Q5108b <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> า	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
		Q5108c <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> น	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
		Q5108d <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ะ	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
		Q5108e <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ม	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5109 NAMING เรียกชื่อสิ่งที่รู้จักได้ (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน รวม 2 คะแนน)				
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้		
Q5109a ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบ	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก		
ว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด		
Q5109b ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูก	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก		
ทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด		

Q5110 REPITITION พุดตามได้ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ผู้ทดสอบบอก ตั้งใจฟังให้ดีนะจะ พุดข้อความให้ ฟัง จะบอกเที่ยวเดียว แล้วพุดตามนะจะ		
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
“ใครใครขายไก่ไข่”	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q5111 VERBAL COMMAND ฟังคินะจะ คินันจะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ “รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่พื้น/ โต๊ะ/เตียง” (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพุดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอนใช้กระดาษเปล่าขนาด A4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบทำ ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน		
คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q5111a หยิบกระดาษด้วยมือขวา	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5111b พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5111c แล้ววางกระดาษ ตามที่บอก	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5112 WRITTEN COMMAND (1 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ให้ผู้ทดสอบแสดงคำว่า “หลับตา” ในคู่มือหน้าที 1 จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบอ่าน(อ่านออกเสียงหรือไม่ก็ได้) แล้วทำตาม		
		คะแนนที่ได้
(แสดงข้อความ “หลับตา”(หน้า 1) ให้อ่าน)	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5113 RECALL (3 คะแนน) “เมื่อครู่ก่อน ให้จำของ 3อย่าง จำได้ไหมคะ มีอะไรบ้าง” (ตอบถูกได้ค่าละ 1 คะแนน)		
		คะแนนที่ได้
Q5113a ต้นไม้	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5113b ทะเล	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5113c รถยนต์	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q5114 WRITING (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้ คุณ ตา/ ยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมาหนึ่งประโยค ”		
		คะแนนที่ได้
.....	<input type="checkbox"/> 1. มีความหมาย	<input type="checkbox"/> 0. ไม่มี

Q5115 VISUOCONSTRUCTION (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง ให้วาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด) วาดเหมือนได้ 1 คะแนน

ในการประเมินว่าเหมือนหรือไม่เหมือน

ให้พิจารณาว่า 1. ภาพที่วาดเป็นรูปห้าเหลี่ยมสองรูป 2. วางซ้อนกันเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้างใน



(ให้วาดรูปในที่ว่างข้างบนนี้)

1. เหมือน 0. ไม่เหมือน

คะแนนรวม.....

วัน / เดือน / ปี พศ. ที่ประเมิน

ลงนามผู้ประเมิน.....

/ /

การทดสอบนี้เป็นการคัดกรอง จุดตัดในตารางข้างล่างนี้ แบ่งตามระดับการศึกษา ที่สงสัยว่าอาจมีภาวะผิดปกติของสมอง

ระดับการศึกษา	จุดตัด	คะแนนเต็ม
ผู้สูงอายุ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ Q5106, Q5107, Q5108, Q5112 และข้อ Q1014)
ผู้สูงอายุ จบประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุ จบสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

Q5200 สุขภาพจิต		
ภาวะซึมเศร้า		
	ใช่	ไม่ใช่
Q5201 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5203
Q5202 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5203
Q5202a ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5202b ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5203 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก เศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
Q5204 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา <u>เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก</u> ไม่สนใจอะไร ในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา <u>เคยมีช่วงเวลาหลายวัน</u> ที่ท่านรู้สึก พลังในร่างกาย ลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าตอบ Q5203 และ Q5204 และ Q5205 ทุกข้อว่าไม่ใช่ ข้ามไปข้อ → Q6000 กรณีที่ข้อ Q5203, Q5204 หรือ Q5205 ข้อใดข้อหนึ่งตอบว่าใช่ ให้ถามต่อข้อ Q5206		
	ใช่	ไม่ใช่
Q5206 ท่านมีช่วงเวลาที่มีความรู้สึก (เศร้า/ ไม่สนใจอะไร หรือ พลังในร่างกาย ลดลง) เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5207 ท่านมีช่วงเวลาที่มีความรู้สึก (เศร้า/ ไม่สนใจอะไร หรือ พลังในร่างกาย ลดลง) เป็นทุกวันหรือเกือบทุกวันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5208 ช่วงเวลาที่เป็นนั้น ท่านรู้สึก เบื่ออาหารหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5209 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึกว่าตนเองความคิดอ่าน ช้าลงหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5210 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึก มีสมาธิไม่คิดเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง คนอื่นพูด ทำงาน ฟังวิทยุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5211 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านสังเกตว่าตนเอง มีความเคลื่อนไหว ช้าลงหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5212 ในช่วงเวลาดังกล่าว (ช่วงเวลาที่ซึมเศร้า) รู้สึก มีความกังวลมาก เกือบทุกวันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5213 ในช่วงเวลาดังกล่าวรู้สึก กระสับกระส่าย เดินไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5214 ในช่วงเวลาดังกล่าว รู้สึกตำหนิตนเอง หรือขาดความมั่นใจในตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5215 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึกว่า สิ้นหวัง ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5216 ในช่วงเวลาดังกล่าว ความสนใจทางเพศ ลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5217 ท่านเคยคิดอยากตาย หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5218 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านเคยพยายามสิ้นสุดชีวิตตนเองหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมวดที่ Q6000 โรคเรื้อรัง	
ความดันเลือดสูง	
Q6001 ท่านได้รับการวัดความดันเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด	
<input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี
<input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการวัด

Q6002 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6007	
Q6003 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันเลือดสูงจากบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ได้รับ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ	
Q6004 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยารักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6005 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยาลดน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6006 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดมานานเท่าไร.....ปี.....เดือน	ปี / เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
เบาหวาน		
Q6007 ท่านได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด		
<input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี	
<input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ	
Q6008 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเบาหวานใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6015	
Q6009 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร.....ปี	<input type="text"/> <input type="text"/>	ปี
Q6010 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับยารักษาโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ได้รับ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ	
Q6011 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันมานานกี่ปีแล้ว.....ปี	<input type="text"/> <input type="text"/>	ปี
Q6012 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6013 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6014 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ไขมันในเลือดสูง		
Q6015 ท่านได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด		
<input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี	
<input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ	
Q6016 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจาก บุคลากรทางด้านสาธารณสุข/ แพทย์ ว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดใช่หรือไม่ (ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6018	
Q6017 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
โรคหลอดเลือดหัวใจ		
Q6018a แพทย์เคยวินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ, กล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6023	
Q6018b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6018a เป็นครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี → Q6019	<input type="text"/> <input type="text"/> ปี	
Q6019 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ.....วัน	<input type="text"/> <input type="text"/> วัน	
Q6020 ท่านเคยได้รับการฉีดสตีเข้าหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6021 ท่านเคยได้รับการถ่างหลอดเลือดหัวใจด้วย Balloon/ ขดลวด/ ผ่าตัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6022 ขณะนี้ท่านยังได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์อัมพาตจากเส้นเลือดสมองตีบ แยก ตัน		
Q6023 ท่านเคยเป็นอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต หรือไม่ (เช่น อ่อนแรงของแขนขา) (ถ้าเคยมากกว่าหนึ่งครั้งตอบครั้งที่อาการรุนแรงที่สุด)		
<input type="checkbox"/> 1. เคย เป็น อัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย เป็น → Q6027	
Q6024a สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q6023 ว่าเคย ท่านเป็นมากี่ครั้ง.....ครั้ง	<input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง	
สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q6024a ว่าเป็นมา 1 ครั้ง → Q6024b และต่อด้วยข้อ Q6025 และผู้ที่ตอบคำถามว่าเป็นมามากกว่า 1 ครั้ง → Q6024b Q6024c และต่อด้วยข้อ Q6025		
Q6024b เป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี	<input type="text"/> <input type="text"/> ปี	
Q6024c เป็นครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร.....ปี	<input type="text"/> <input type="text"/> ปี	

Q6025 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q6023 อาการของท่านคือ					
	เป็นเมื่อกี่ปี มาแล้ว	มีอาการนานกี่วัน		ขณะนี้ยังเป็นอยู่หรือไม่	
		≤ 1 วัน	> 1 วัน	เป็น	ไม่เป็น
<input type="checkbox"/> Q6025a แขน และ/หรือ ขา ข้างหนึ่งอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6025b ขาไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6025c พุดไม้ขัด หรือพุดไม้ได้	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6025d ตามอดข้างใดข้างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6025e อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6026 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้งให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)					
<input type="checkbox"/> 1. เส้นเลือดในสมองตีบ / ตัน <input type="checkbox"/> 2. เส้นเลือดในสมองแตก <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ ไม่ได้พบแพทย์					
โรคหลอดเลือดสมอง/ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
Q6027 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าตนเองเป็น โรคหลอดเลือดสมอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช่หรือไม่					
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6031					
Q6028 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร.....ปี				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี	
ท่านเคยได้รับการรักษาโรคดังกล่าว ด้วยยาเหล่านี้หรือไม่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		
ยาเกิน	Q6029a	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	Q6029b	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
ยาฟันทางปาก	Q6030a	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	Q6030b	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
โรคข้อเสื่อม					
Q6031 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวโดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ไขข้อ อักเสบ ดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)			ใช่	ไม่ใช่	
Q6031a เข่า			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q6031b มือ/ ข้อนิ้วมือ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q6031c ข้อกระดูกสันหลัง			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q6031d อื่นๆ ระบุ.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q6032 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการฟืด ตึง ขัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากในกรณีเหล่านี้ใช่หรือไม่		
Q6032a หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที) <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
Q6032b เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
โรคเกาต์ (Gout)		
Q6033 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ		
Q6034 ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)		
Q6035 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6037		
Q6036 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด		
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษา <input type="checkbox"/> 2. กินยา <input type="checkbox"/> 3. ฟอกไตทางห้อง <input type="checkbox"/> 4. ฟอกเลือด		
โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซีด		
Q6037 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็น โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือ โรคซีด (Anemia) ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6042		
Q6038 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซีด (Anemia) ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
โรคหอบหืด (Asthma)		
Q6042 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรสาธารณสุข /แพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด หรือไม่?		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6044		
Q6043 ท่านเคยได้รับการรักษาอาการหอบหืดด้วยยาเหล่านี้หรือไม่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
ยาสูด	Q6043a <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	Q6043b <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
ยาพ่นทางปาก	Q6043c <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	Q6043d <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
โรคต้อกระจก (Cataracts)		
Q6044 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกตาข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้างหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ เป็นเมื่ออายุ..... ปี <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6201 <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ → Q6201		

Q6045 ท่านเคยได้รับการผ่าตัดรักษาต่อกระจุกหรือไม่

1. ใช่ ได้รับการผ่าตัด 2. ไม่ใช่ ไม่ได้ผ่าตัด

Q6200 ฟันและการบดเคี้ยว

Q6201 ท่านมีปัญหาในการบดเคี้ยวหรือไม่

1. น้อย 2. ปานกลาง 3. มาก

Q6202 ท่านมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ใช่หรือไม่ (รวมฟันปลอมแบบติดถาวร)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6203 ท่านใส่ฟันปลอมใช่หรือไม่ (ทั้งชนิดติดถาวรและถอดออกได้)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6300 การได้ยิน

Q6301 การได้ยินเสียงของคุณอยู่ในระดับใด

1. ดี 2. มีปัญหาเล็กน้อย 3. หูหนวกข้างเดียว 4. หูหนวกทั้งสองข้าง

Q6302 ท่านใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q6303 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินมาตั้งแต่อายุเท่าไร.....ปี

ปี

Q6400 การหกล้ม

Q6401 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีการหกล้มใช่หรือไม่ (ล้มจากทำสิ่ง/ ตกจากเตียง/ เก้าอี้/ ตกจากที่สูง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7000

Q6402 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6401 โปรดระบุจำนวนครั้งการหกล้มทั้งหมด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง

ครั้ง

Q6403 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ครั้งสุดท้ายท่านหกล้มที่ไหน

1. ภายในตัวบ้าน 2. ทางเข้าบ้าน/บริเวณรอบบ้าน(ภายในรั้วบ้าน)(รวมบันไดขึ้นลง)

3. นอกบริเวณบ้าน(นอกรั้ว) 4. ที่อื่นๆ ระบุ.....

Q6404 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6401 ครั้งสุดท้ายท่านล้มจากสาเหตุต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)		
สาเหตุจากปัญหาสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
Q6404a หน้ามืด, วิงเวียน, เป็นลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6404b เสียการทรงตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6404c สะดุดสิ่งกีดขวาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6404d ลื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม	ใช่	ไม่ใช่
Q6404e พื้นต่างระดับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6404f ตกบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6404g ถูกชนล้ม (โดยคน/สัตว์/สิ่งของ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405 การหกล้มนั้นทำให้เกิดปัญหาการบาดเจ็บทุพพลภาพต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่	ไม่ใช่
Q6405a ฟกช้ำ / ถลอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405b ข้อมือหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405c ข้อสะโพกหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405d กระดูกซี่โครงหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405e ปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6405f อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6406 การบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย ท่านได้รับการรักษาอย่างไร	ใช่	ไม่ใช่
Q6406a. รับการรักษา เป็นคนไข้นอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6406b. นอนโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6406c. รักษาเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Q7109 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็น เวลานานเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>	<p>ชั่วโมง : นาที <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง</p>	
<p>Q7110 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เดินแอโรบิก วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ว่ายน้ำหรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 6 การออกกำลังกายอย่างหนัก หน้า 8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7113</p>	
<p>Q7111 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7110 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ .....วันต่อสัปดาห์</p>	<p><input type="text"/> วันต่อสัปดาห์</p>
<p>Q7112 ในวันปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>	<p>ชั่วโมง : นาที <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Q7113 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ ว่ายน้ำหรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 7 การออกกำลังกายปานกลาง หน้า 9</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7116</p>	
<p>Q7114 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7113 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม อย่างปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์..... วันต่อสัปดาห์</p>	<p><input type="text"/> วันต่อสัปดาห์</p>
<p>Q7115 ในวันปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนีเป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>	<p>ชั่วโมง : นาที <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น ในรอบ 7 วันที่ผ่านมาในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย ไม่ว่าจะนั่งในที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่นอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ยกเว้นเวลาที่ใช้นอนหลับ</p>	
<p>Q7116 ในวันปกติ ท่านใช้เวลานั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ รวมแล้วเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที ต่อวัน</p>	<p>ชั่วโมง : นาที <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>

Q7200 การสูบบุหรี่		
Q7201 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ (ยาสูบที่ไม่มีควัน) ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7216	
Q7202 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ มากกว่า 100 มวน หรือ 100 ครั้ง ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7208	
Q7203 สำหรับผู้ที่ตอบว่าไร่ในข้อ Q7201-Q7202 ท่านเริ่มสูบบุหรี่หรือไปป์หรือซิการ์หรือ ใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เมื่อท่านมีอายุเท่าไร?.....ปี		<input type="text"/> <input type="text"/> ปี
ยาสูบมีควัน บุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ๆ		
Q7204 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ๆ ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7208	
Q7205 สำหรับผู้ที่ตอบว่าไร่ในข้อ Q7204 ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ๆ เป็นประจำทุกวัน ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7208	
Q7206 ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ๆ เป็นประจำทุกวัน มาเป็นระยะเวลาานเท่าไร?.....ปี .....เดือน.....สัปดาห์		ปี เดือน สัปดาห์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q7207 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ๆ เป็นปริมาณกี่มวนหรือกี่ครั้งต่อวัน (ตอบทุกข้อ)		
Q7207a บุหรี่ซอง จำนวนกี่มวนต่อวัน.....มวน/วัน		<input type="text"/> <input type="text"/> มวน/วัน
Q7207b บุหรี่มวนเอง จำนวนกี่มวนต่อวัน.....มวน/วัน		<input type="text"/> <input type="text"/> มวน/วัน
Q7207c อื่น ๆ ระบุ.....(เช่น ไปป์ ซิการ์ ฯลฯ).....ครั้งหรือมวนต่อวัน		<input type="text"/> <input type="text"/> ครั้งหรือมวนต่อวัน
ยาสูบที่ไม่มีควัน		
Q7208 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7211	
Q7209 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น เป็นประจำทุกวัน ไร่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไร่	<input type="checkbox"/> 2. ไมไร่ → Q7211	
Q7210 โดยเฉลี่ยท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น..... กี่ครั้งต่อวัน		<input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/วัน

Q7300 การคั้มแอลกอฮอล์

Q7301 ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านคั้มเครื่องคั้มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ สเปย์ ไวน์คูลเลอร์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เช่น บาร์คาคั้ เหล้า วิสกั้ เช่น แม้โขง แสงโสม ตราค้า ตราวา วรันดี ริเจนซั้ เฮนเนสซั้ เหล้าจิน เซ็งซุน ยาแดงเหล้า กระแซ่ อู สาทอ น้ำตาลเมา หรือเครื่องคั้ผสมแอลกอฮอล์อื่นๆ ดังที่เห็นในภาพนี้ (หน้า 11 – 20) บ้างหรือไม่

1. ไม่เคยคั้ม 2. เคยคั้ม → Q7303

Q7302 สำหรับผู้ที่ตอบว่าไม่เคยคั้มในข้อ Q7301 ท่านเคยคั้มมาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคยคั้มเครื่องคั้มแอลกอฮอล์เลยตลอดชีวิตที่ผ่านมา → Q7400

2. ไม่เคยคั้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา → Q7400

Q7303 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยคั้มในข้อ Q7301 ท่านคั้มบ่อยเพียงใด

1. ทุกวัน 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)

3. 3-4 วัน/สัปดาห์ 4. 1-2 วัน/สัปดาห์

5. 2-3 วัน/เดือน 6. เดือนละวัน

7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน

Q7304 ถ้าท่านเคยคั้มแอลกอฮอล์ ท่านเริ่มคั้มเครื่องคั้มแอลกอฮอล์เมื่ออายุเท่าใด.....ปี ปี

Q7305 ในวันที่ท่านคั้ม ท่านคั้มเครื่องคั้มประเภทใด ปริมาณเท่าใด (หากคั้มเครื่องคั้มหลายประเภท ในวันเดียวกัน ให้ตอบทุกประเภทรวมกัน หากคั้มประเภทเดียว ให้เลือกตอบประเภทนั้น)

ผู้สัมภาษณ์: คำนวนปริมาตรที่คั้มของเครื่องคั้มแต่ละชนิด โดย เท่ากับ จำนวนที่คั้ม(ก) × ปริมาตรภาชนะ(ข) เช่น 2 เบ็้ก เท่ากับ $2(ก) \times 50 \text{ ml } (ข) = 100 \text{ ml } (ค)$

กรณีที่เป็นแก้ว กระป๋อง หรือ ขวด ให้ถ้ามและเทียบขนาดกับรูปภาพ(หน้า 11 – 21)เพื่อคำนวนให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง

ระบุชนิดเครื่องคั้ม	รหัสชนิดเครื่องคั้ม* (ผู้สัมภาษณ์กรหัส รูปภาพประกอบ แบบสอบถามหน้า 22)	จำนวนที่คั้ม ระบุ (เบ็้ก,กั้ง,กั้ก,แก้ว ,กระป๋อง,ขวด) (ก)	ปริมาตรต่อ ภาชนะ (ข)	ปริมาตร(มล.) (ผู้สัมภาษณ์คำนวน) (ค)
Q7305a.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7305b.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7305c.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7305d.....	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Q7306a ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มอย่างมากในครั้งเดียว เช่น เบียร์มากกว่า 6 กระป๋อง หรือ 3 ขวดใหญ่ หรือเหล้ามากกว่า 5 แก้ว หรือครึ่งแบน หรือไวน์มากกว่า 5 แก้ว หรือครึ่งขวดต่อครั้ง

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย Q7306b ประมาณกี่วัน.....วัน	<input type="text"/> <input type="text"/> วัน
---	---

Q7400 การใช้ยาและอาหารเสริม

ยาแก้ปวด

Q7401 ในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q7404	<input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่า 1 วัน/ สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 3. 2-3 วัน /สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 4. เกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 5. ทุกวัน

Q7402 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด

<input type="checkbox"/> 1. ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> 2. ปวดหัว	<input type="checkbox"/> 3. ปวดกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/> 4. ปวดหลัง	<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ (ระบุ).....	

Q7403a ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด

<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> 2. คลินิก/ โพลีคลินิก
<input type="checkbox"/> 3. สถานีนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน	<input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า
<input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก	

Q7403b

<input type="checkbox"/> 6. ร้านขายยา โดย	<input type="checkbox"/> 6.1 ตามใบสั่งแพทย์	<input type="checkbox"/> 6.2 ปรีกษาเภสัชกร
	<input type="checkbox"/> 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ	<input type="checkbox"/> 6.4 ท่านระบุชื่อยา.....
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....		

ยาคลายเครียด หรือ ยานอนหลับ

Q7404 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7407
---------------------------------	--

Q7405 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 1. นานๆ ครั้ง เมื่อมีอาการ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นประจำ เมื่อมีอาการ	<input type="checkbox"/> 3. ใช้เป็นประจำ แม้ไม่มีอาการ
---	---	--

Q7406a ท่านได้รับยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> 2. คลินิก/ โพลีคลินิก
<input type="checkbox"/> 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน	<input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า
<input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก	

Q7406b

<input type="checkbox"/> 6. ร้านขายยา โดย	<input type="checkbox"/> 6.1 ตามใบสั่งแพทย์	<input type="checkbox"/> 6.2 ปรีกษาเภสัชกร
	<input type="checkbox"/> 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ	<input type="checkbox"/> 6.4 ท่านระบุชื่อยา.....
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....		

ยาถูกกลอน เป็นยาแผนโบราณที่มีรูปแบบเป็นยาถูกกลอนทั้งหมด โดยไม่ได้คำนึงถึงว่า ได้รับทะเบียนยาแผนโบราณจาก อ.ย.

Q7407 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาถูกกลอนบ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ → Q7411
--------------------------------	---

Q7408 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาถูกกลอนบ่อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 1. นานๆ ครั้ง เมื่อมีอาการ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นประจำ เมื่อมีอาการ	<input type="checkbox"/> 3. ใช้เป็นประจำ แม้ไม่มีอาการ
---	---	--

Q7409 ท่านใช้ยาถูกกลอนสำหรับรักษาโรคอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ปวดข้อ ปวดเมื่อย	<input type="checkbox"/> 2. หอบหืด	<input type="checkbox"/> 3. บำรุงร่างกาย
<input type="checkbox"/> 4. เพื่อความสวยงาม	<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ.....	

Q7410 ท่านได้รับยาถูกกลอนมาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก	<input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน
<input type="checkbox"/> 3. ร้านยา	<input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า
<input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก	<input type="checkbox"/> 6. วัด
<input type="checkbox"/> 7. การขายตรง	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ(ระบุ).....

อาหารเสริม (ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) เช่น น้ำมันปลา สารสกัดจากสมุนไพร เช่น เปะก๊วย เมล็ดองุ่น น้ำลูกยอ สาหร่ายเกลียวทอง นมผึ้ง และ Co-enzyme Q10 ซุปไก่ เป็นต้น

Q7411 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้กินอาหารเสริมบ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ → Q7414
--------------------------------	---

Q7412 ท่านกินอาหารเสริมเพื่ออะไร (ตอบทุกข้อ)					
	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
Q7412a รักษาโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7412e ป้องกันโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7412b บำรุงร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7412f เสริมความงาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7412c ลดความอ้วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7412g อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7413 ท่านได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก			<input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน		
<input type="checkbox"/> 3. ร้านยา			<input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า		
<input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก			<input type="checkbox"/> 6. วัด		
<input type="checkbox"/> 7. การขายตรง			<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ(ระบุ).....		
ยาลดน้ำหนัก เช่น ยาลดความอ้วน ยาระบายเพื่อลดน้ำหนัก					
Q7414 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนหรือไม่					
<input type="checkbox"/> 1.ใช่			<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ → Q7500		
Q7415 ท่านได้รับยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก			<input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน		
<input type="checkbox"/> 3. ร้านยา			<input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า		
<input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก			<input type="checkbox"/> 6. วัด		
<input type="checkbox"/> 7. การขายตรง			<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ (ระบุ).....		

Q7500 การกินอาหาร		
ก. พฤติกรรมในการกินอาหาร		
Q7501 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1.ใช่ → Q7503a	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่	
Q7502 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด		
<input type="checkbox"/> 1. มื้อเช้า	<input type="checkbox"/> 2. มื้อกลางวัน	<input type="checkbox"/> 3. มื้อเย็น
Q7503a ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารชนิดใด		
<input type="checkbox"/> 1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน ถ้าเลือกตอบคำตอบนี้ → Q7504a		
<input type="checkbox"/> 2. อาหารปรุงสุกสำเร็จ	<input type="checkbox"/> 3. อาหารตามสั่ง	<input type="checkbox"/> 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง
<input type="checkbox"/> 5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน	<input type="checkbox"/> 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น	

Q7503b. ในวันทำงาน แหล่งของอาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)

3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป (ร้านที่มีโครงสร้างแข็งแรง) 4. ร้านสะดวกซื้อ

5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

Q7504a. ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน 1. 0 มื้อ → Q7505 2. 1 มื้อ 3. 2 มื้อ 4. 3 มื้อ

Q7504b. ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ลักษณะอาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุด คือ

1. อาหารปรุงสุกสำเร็จ 2. อาหารตามสั่ง 3. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง

4. อาหารปิ้ง ไตรรับเป็นรายเดือน 5. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Q7504c. ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจากแหล่งใด

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)

3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป (ร้านที่มีโครงสร้างแข็งแรง) 4. ร้านสะดวกซื้อ

5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “อาหารแต่ละประเภทท่าน (ผู้ถูกสัมภาษณ์) กินหรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหาร ในแต่ละข้อให้ครบถ้วน”

2. ผู้สัมภาษณ์พิจารณา **เฉพาะประเภทอาหารที่** ผู้ถูกสัมภาษณ์**ระบุว่ากิน** และถามคำถามดังนี้ “ ท่าน (ผู้ถูกสัมภาษณ์) กินอาหารดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด ”

3. ในขณะที่ถามความถี่ในการกินอาหารให้ใช้ แผ่นภาพที่ 2 ความถี่ของการกินอาหารประเภทต่างๆ(หน้า 31) ประกอบในการจดบันทึก โดย

1 = ไม่กินเลย 2 = น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน 3 = 1-3 ครั้งต่อเดือน

4 = 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 5 = 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 6 = 1 ครั้งต่อวัน 7 = มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน

4. ให้กาเครื่องหมาย X ลงใน หน้าข้อคำตอบ

ข. ความถี่ในการกินอาหาร

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กินเลย	<1 ครั้งต่อเดือน	1-3 ครั้งต่อเดือน	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	1 ครั้งต่อวัน	>1 ครั้งต่อวัน
	1	2	3	4	5	6	7
Q7505 เนื้อวัว/หมูไม่ติดมัน ไก่/เป็ดไม่ติดหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7506 เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ดติดหนัง เช่น หมูสามชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปทานกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กิน เลย 1	<1 ครั้ง ต่อ เดือน 2	1-3 ครั้ง ต่อ เดือน 3	1-3 ครั้งต่อ สัปดาห์ 4	4-6 ครั้งต่อ สัปดาห์ 5	1 ครั้ง ต่อวัน 6	>1 ครั้ง ต่อวัน 7
Q7507 ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสาน เบคอน แฮม กุนเชียง หมูยอ แหนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7508 ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 2 เช่น หมูหยอง ปลาเค็ม เนื้อ/หมู/ปลาแดดเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7509 ปลาชนิดต่างๆ เช่น ปลาน้ำจืด ปลาทะเล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7510 กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7511 ตับ เลือดหมู/เป็ด/ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7512 ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7513 ถั่วและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง เต้าหู้ โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7514 ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7515 ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7516 ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7517 ถั่วเขียวต่างๆ ขนมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7518 บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำยำ ไข่ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7519 ขนมันขาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7520 ขนมันโฮลวีท (ขนมันธัญพืช)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7521 อาหารทอด เช่น หมู/ไก่ทอด ทอดมัน กุ้งชุบแป้งทอด ลูกชิ้นทอด แล็บหมู ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7522 อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7523 อาหารคาวประเภทแกงที่มีกะทิ/น้ำมัน เช่น แกงเผ็ด ต้มข่า แกงอ่อม ขนมันน้ำเงี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7524 ปลาร้า ปลาเจ่า น้ำบูดู ถั่วเน่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กินเลย 1	<1 ครั้งต่อเดือน 2	1-3 ครั้งต่อเดือน 3	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4	4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5	1 ครั้งต่อวัน 6	>1 ครั้งต่อวัน 7
Q7525 น้ำพริก เช่น น้ำพริกกะปิ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดง น้ำพริกลงเรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7526 ผลไม้รสหวาน เช่น องุ่น ลองกอง ทูเรียน ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า อ้อย กัลยัถย มะละกอสุก แดงโม สับปะรด ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7527 ผลไม้รสไม่หวาน/หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ มะม่วงดิบ แอปเปิ้ล แก้วมังกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7528 ผลไม้กวน ฉาบ เช่น สับปะรดกวน กัลยัถยฉาบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7529 ผลไม้เชื่อม เช่น สาคูเชื่อม กัลยัถยเชื่อม มะตูมเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7530 ผักและผลไม้หมักดอง เช่น ผลไม้ดอง ผักกาดดอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7531 ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7532 ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7533 นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7534 นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7535 โยเกิร์ตชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7536 นมพร้อมมันเนย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7537 น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7538 น้ำอัลดม/น้ำหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7539 น้ำผลไม้ / น้ำผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7540 เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7541 เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬา เช่น สปอนเซอร์ เอ็มสปอร์ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กินเลย 1	<1 ครั้งต่อเดือน 2	1-3 ครั้งต่อเดือน 3	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4	4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5	1 ครั้งต่อวัน 6	>1 ครั้งต่อวัน 7
Q7542 ชา กาแฟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7543 อาหารที่มีเนย/มาการีนและแป้ง เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7544 ขนมหวานทำจากไข่แดง เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7545 ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น ถั่วเขียวต้มน้ำตาล มันต้มน้ำตาล สาหร่ายน้ำเชื่อม ลูกชิตน้ำเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7546 ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น ก๋วยเตี๋ยวชวตชิ วุ้นกะทิ ข้าวต้มมัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7547 ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบบรรจุซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7548 หน่อไม้ทุกประเภท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. ความถี่ถึงปริมาณในการกินผลไม้และผัก							
<p>ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 1 (หน้า 29-30) ขนาดส่วนกินของผักและผลไม้ สมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผักขนาดเท่าของจริง (หน้า 32 - 43) และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหารกิน เช่น ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้ “ต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับการกินผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบโดยคิดถึง ความถี่ในการกินผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และ ปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ทัพพีตักข้าว ท่านกินในปริมาณเฉลี่ยกี่ทัพพี”</p>							
การกินผลไม้							
Q7549 ผลไม้สด							
<p>หมายเหตุ: ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แดงโม หรือสับปะรด 6-8 คำ หรือ ก๋วยเตี๋ยว 1 ผลเล็ก หรือกล้วยหอม ½ ผลกลาง หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ 2 ผลกลาง หรือเงาะ 4 ผล ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)</p>							
Q7549a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์ ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7550				<input type="checkbox"/>		วันต่อสัปดาห์	
Q7549b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกินผลไม้สด เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน				<input type="checkbox"/>		จำนวนครั้งต่อวัน	
Q7549c ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อครั้ง				<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		ส่วนมาตรฐานต่อครั้ง	
Q7550 การบริโภคผัก							
<p>หมายเหตุ: ผัก 1 หน่วยมาตรฐานธงโภชนาการ เท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)</p>							

Q7550a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกิน ผัก กี่วันต่อสัปดาห์ ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7600	<input type="checkbox"/>	วันต่อสัปดาห์
Q7550b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกิน ผัก เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/>	จำนวนครั้งต่อวัน
Q7550c ท่านกิน ผัก จำนวนกี่ส่วนต่อครั้ง	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	ส่วนมาตรฐานต่อครั้ง

หมวดที่ Q8000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ

Q8000 ในปัจจุบันนี้ท่านมีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)						
	มี	ไม่มี		มี	โปรดระบุ	ไม่มี
Q8000a บัตรทอง /ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q8000e ประกันเอกชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8000b ประกันสังคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q8000f กองทุน			
Q8000c สวัสดิการข้าราชการ บำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สวัสดิการชุมชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8000d สวัสดิการพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q8000g อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q0018 เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ทั้งหมด ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง	ชั่วโมง : นาที <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---