



COVID-19 Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Interviewer ID:

Date:

Month

Day

Year

介紹

為幫助我們了解研究參與者在COVID-19新冠肺炎大流行期間的健康狀況，我們想問您一些其他問題，以便了解您對於這種新病毒的可能接觸情況。

根據您是否被確診患有COVID-19新冠肺炎，訪談最短可能需要5分鐘，最長可能需要30分鐘。

這些資訊的處理方式與我們透過電話收集的其他資料的處理方式一樣。如果您願意的話，我現在可以與您一起查看這些資訊。（若參與者需要的話，溫習最初的電話同意書）。

Who is completing the survey: Participant or Proxy?

- Participant
- Proxy

我今天可以詢問您在COVID-19新冠肺炎方面的經歷嗎？

- 是
- 否

今後我們可以再次打電話給您，了解您的狀況並且再次詢問您這些問題嗎？

- 是
- 否

COVID-19 DIAGNOSIS

1. 您是否曾罹患COVID-19 新冠肺炎，或是由新型冠狀病毒引起的疾病？

- 是，肯定
- 是，我認為
- 可能
- 否



2. 醫療保健服務提供者是否曾經告訴您，您患有COVID-19 新冠肺炎？

- 是，肯定 →
- 是，可能或疑似 →
- 否

若選擇「是」，您屬於以下哪種情況：

- a. 有COVID-19 新冠肺炎的症狀 是 否
- b. COVID-19新冠肺炎檢測陽性 是 否
- c. 與患有COVID-19 新冠肺炎的人有過密切接觸 是 否

用於核查醫療記錄

醫師姓名 / 診所 / 醫院的名稱 _____

醫師 / 診所 / 醫院的地址 _____

聯絡電話 _____

3. 您是否曾接受過新型冠狀病毒或COVID-19 新型肺炎的檢測？

- 是 →
- 否
- 不確定

若是的話，您接受了哪一種檢測：

a. COVID-19 新冠肺炎感染？ 是 否

↳ 若是的話，結果： 陽性 陰性 待定

b. COVID-19 新冠肺炎免疫力 是 否

↳ 若是的話，結果： 陽性 陰性 待定

c. 您接受了幾次檢測？ _____

d. 您可以告訴我您第一次COVID-19 新冠肺炎檢測的詳細情況嗎？

i. 日期： _____

ii. 檢測原因：

	是	否
1. 我有COVID-19 新冠肺炎的症狀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. 我認識的人有COVID-19 新冠肺炎的症狀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------	-----------------------	-----------------------

3. 醫師讓我接受COVID-19 新冠肺炎的檢測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------	-----------------------	-----------------------

4. 我對COVID-19 新冠肺炎感到憂慮	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------	-----------------------	-----------------------

5. 其他：	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------	-----------------------	-----------------------

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____ **(continued)**



(continued)

- iii. 檢測類型：
- | | 是 | 否 |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 鼻咽拭子 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 血液檢測 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 唾液檢測 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 其他： _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

iv. 結果

- 陽性
 陰性
 不確定/待定

e. 您可以告訴我您最近一次COVID-19 新冠肺炎檢測的詳細情況嗎？

i. 日期： _____

ii. 檢測原因：

- | | 是 | 否 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 我有COVID-19 新冠肺炎的症狀 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 我認識的人有COVID-19 新冠肺炎的症狀 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 醫師讓我接受COVID-19 新冠肺炎的檢測 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 我對COVID-19 新冠肺炎感到憂慮 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 其他 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____

- iii. 檢測類型：
- | | 是 | 否 |
|---------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 鼻咽拭子 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 血液檢測 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 唾液檢測 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 其他 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____

iv. 結果：

- 陽性
 陰性
 不確定/待定

(continued)



(continued)

f. 如果您在第一次或最近一次檢查中的結果是陰性，那麼您是否曾經有過任何陽性的COVID-19 新冠肺炎檢測結果？

- 是
- 否
- 不確定

i. 若選擇「是」，您可以告訴我您第一次陽性COVID-19 新冠肺炎檢測的詳細情況嗎？

1. 日期: _____

2. 檢測原因:

	是	否
a. 我有COVID-19 新冠肺炎的症狀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 我認識的人有COVID-19 新冠肺炎的症狀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 醫師讓我接受COVID-19 新冠肺炎的檢測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 我對COVID-19 新冠肺炎感到憂慮	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 其他	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

3. 檢測類型:

	是	否
a. 鼻咽拭子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 血液檢測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 唾液檢測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 其他	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

g. 您是否願意並且能夠寄一份您的COVID-19 新冠肺炎檢查結果給本研究機構呢？

- 是
- 否



4. 您是否曾經因為疑似或確診的COVID-19 新冠肺炎而接受X光檢查或是CT電腦斷層（CAT）掃描？

- 是 →
 否

若選擇「是」：

	是	否
a. 您接受了胸部X光檢查嗎？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 您接受了肺部CT掃描嗎？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 您願意與本研究機構分享您的肺部影像嗎？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. 您是否曾經因為疑似或確診的COVID-19 新冠肺炎而在醫院過夜？

- 是 →
 否

若選擇「是」：

a. 您在醫院住了幾夜？

i. 到達醫院的日期： _____

ii. 出院日期： _____

b. 您當時是否需要以下治療手段？

	是	否	# 需要的天數
i. 鼻導管吸氧（透過鼻子）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
ii. 氧氣面罩	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
iii. 「加護病房」或 ICU 觀察	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
iv. 呼吸管或呼吸器	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
v. 「體外膜氧合/葉克膜」治療	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

用於核查醫療記錄

醫師姓名 / 診所 / 醫院的名稱 _____

醫師 / 診所 / 醫院的地址 _____

聯絡電話 _____



6. 您若曾經因為疑似或確診的COVID-19 新冠肺炎而住院，您是如何出院的？

- | | 是 | 否 |
|---------|-----------------------|-----------------------|
| a. 回家 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 護理之家 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 其他 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

7. 您若是知道或是相信您曾經罹患COVID-19 新冠肺炎：您是否已經恢復到您的一般健康狀況？

- 是 →
- 否

若選擇「是」：

a. 您的康復花了多長時間？ _____ 天

Continue to next page



If yes to Q7:

對於已經從COVID-19 新冠肺炎相關症狀中恢復的參與者

	A. 在罹患COVID-19 新冠肺炎的時候，與您平時的健康狀況相比，以下症狀是否有所惡化？	B. 此症狀最嚴重時對您的影響有多大？請用從1（沒有影響）至5（始終有此症狀）的標準評分。	C. 此症狀持續了多少天？
發燒	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
呼吸困難	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸悶	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸部緊迫感	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
乾咳或頻繁乾咳	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
咳嗽有痰	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
身體酸痛或疼痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
發冷或發抖	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喉嚨痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
鼻塞	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
流鼻涕	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
腹瀉	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
虛弱或疲倦	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失嗅覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失味覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
<p>總體而言，當您有這些症狀，且這些症狀最嚴重的時候，它們對您的影響有多大？（Patient Global Rating of Flu Severity Instrument / 病人流感嚴重程度全球等級評分）</p> <p><input type="radio"/> 輕度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重</p>			
<p>總體而言，當這些症狀最嚴重的時候，它們是否影響到您的日常活動？（Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities / 妨礙病人日常活動的全球評估）</p> <p><input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 有一點 <input type="radio"/> 一定程度 <input type="radio"/> 影響較大 <input type="radio"/> 影響很大</p>			

Skip to question 9



**COVID-19
Questionnaire**

If no to Q7:

若回答「否」：您還沒有從COVID-19 新冠肺炎中康復：

	A. 在罹患COVID-19 新冠肺炎的時候，與您平時的健康狀況相比，以下症狀是否有所惡化？	B. 此症狀最嚴重時對您的影響有多大？請用從1（沒有影響）至5（影響很大/始終有此症狀）的標準評分。	C. 此症狀已持續了多少天？
發燒	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
呼吸困難	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸悶	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸部緊迫感	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
乾咳或頻繁乾咳	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
咳嗽有痰	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
身體酸痛或疼痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
發冷或發抖	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喉嚨痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
鼻塞	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
流鼻涕	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
腹瀉	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
虛弱或疲倦	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失嗅覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失味覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
<p>總體而言，當您有這些症狀，且這些症狀最嚴重的時候，它們對您的影響有多大？（Patient Global Rating of Flu Severity Instrument / 病人流感嚴重程度全球等級評分）</p> <p><input type="radio"/> 輕度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重</p>			
<p>總體而言，當這些症狀最嚴重的時候，它們是否影響到您的日常活動？（Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities / 妨礙病人日常活動的全球評估）</p> <p><input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 有一點 <input type="radio"/> 一定程度 <input type="radio"/> 影響較大 <input type="radio"/> 影響很大</p>			



8. 您若沒有確診或疑似的COVID-19 新冠肺炎，那麼自從我們上一次打電話給您，您是否曾經有過以下任何症狀？

對於說自己沒有確診或疑似COVID-19 新冠肺炎的參與者

	A. 與您平時的健康狀況相比， 以下症狀是否曾經惡化？	B. 此症狀最嚴重時對您的影 響有多大？請用從1（沒有 影響）至5（始終有此症 狀）的標準評分。	C. 此症狀持續了多少 天？
發燒	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
呼吸困難	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸悶	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
胸部緊迫感	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
乾咳或頻繁乾咳	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
咳嗽有痰	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
身體酸痛或疼痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
發冷或發抖	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喉嚨痛	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
鼻塞	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
流鼻涕	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
腹瀉	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
虛弱或疲倦	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失嗅覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
喪失味覺	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
總體而言，當您有這些症狀，且這些症狀最嚴重的時候，它們對您的影響有多大？（Patient Global Rating of Flu Severity Instrument / 病人流感嚴重程度全球等級評分）			
<input type="radio"/> 輕度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重			
總體而言，當這些症狀最嚴重的時候，它們是否影響到您的日常活動？（Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities / 妨礙病人日常活動的全球評估）			
<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 有一點 <input type="radio"/> 一定程度 <input type="radio"/> 影響較大 <input type="radio"/> 影響很大			



**COVID-19
Questionnaire**

9. 您若曾經有任何我們談到的症狀，您是否曾為此服藥？

- 是
- 否

若選擇「是」：

藥物	您是否曾服用此藥？	此藥是否由醫療保健專業人員開立？	您開始服用此藥的日期是哪一天？	您一共服用此藥物多少天？	藥物的具體名稱是什麼？
乙醯胺酚、泰諾	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
布洛芬、莫痛寧、艾德維爾、萘普生	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
止咳藥物，諾比舒咳	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
「感冒與流感」藥物	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
抗生素（例如阿奇黴素、安滅菌、環丙沙星）	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
口服皮質類固醇（潑尼松、普立朗錠、甲基普立朗錠）	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
吸入型皮質類固醇（例如氟替卡松、吸必擴、使肺泰）	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
其他藥物	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			



10. 您家中（或您居住之地）是否有其他任何人接受了COVID-19 新冠肺炎的檢測？

- 是 →
- 否
- 不確定

若選擇「是」：

a. 第一次檢測是什麼時候做的？ _____

b. 第一次檢測的結果如何？

- 陽性
- 陰性
- 不確定

做過第二次檢測嗎？

- 是 →
- 否

第二次檢測是什麼時候做的？ _____

第二次檢測的結果如何？

- 陽性
- 陰性
- 不確定

做過第三次檢測嗎？

- 是 →
- 否

第三次檢測是什麼時候做的？ _____

第三次檢測的結果如何？

- 陽性
- 陰性
- 不確定

做過第四次檢測嗎？

- 是 →
- 否

第四次檢測是什麼時候做的？ _____

第四次檢測的結果如何？

- 陽性
- 陰性
- 不確定

(continued)



(continued)

若是陽性:

您在家中的行為是否有所改變?

是 →

否

	是	否
您在家中戴口罩嗎?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
染病之人在家戴口罩嗎?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
染病之人是否與您保持距離?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 您採取了哪些措施來降低您接觸COVID-19病毒的風險?

- | | 是 | 否 |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 經常洗手及/或使用酒精消毒液 (幹洗手) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 與別人保持至少6英呎的距離 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 避免大型聚會 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. 不去餐廳或酒吧 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. 取消了旅行計畫 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. 戴口罩 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. 不與他人握手或觸摸他人 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. 生病時留在家中 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. 不去上班 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. 用消毒劑擦拭表面 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. 遵守政府的準則或規定, 留在家中並限制與其他人的接觸 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. 被地方當局全部隔離 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



12. 您目前使用菸草類產品嗎？

	是	否
香菸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	↳	<input type="text" value="每天抽幾支菸: _____"/>
菸斗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
雪茄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
電子菸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
其他: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

13. 您在2019年9月至2020年3月之間是否接種了流感疫苗？

- 是
- 否

14. 自2020年1月以來，您是否接受過流感快篩？

- 是 →
- 否

若選擇「是」：

a. 您的流感快篩結果是什麼？

- 陽性
- 陰性

b. 此快篩是與COVID-19 新冠肺炎檢測一起做的嗎？

- 是
- 否