



000042

ชื่อจังหวัด เชียงใหม่ / ลำดับคลื่นเตอร์ที่ 01

เพศ หญิง กลุ่มอายุ 15-54 ปี

แบบสัมภาษณ์

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553

Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire 2010

ข้อปฏิบัติสำคัญในการบันทึกคำตอบ

- ผู้สัมภาษณ์ต้องผ่านการอบรม อ่านคู่มือ และทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์
- ผู้สัมภาษณ์ไม่ต้องอ่านข้อความ ซึ่งเขียนเป็นตัวเอียง เพราะเป็นคำอธิบายสำหรับผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ข้อความต่อไปนี้ "ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ" "อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้" "ผู้สัมภาษณ์อ่านทุกข้อความและให้ผู้รับการสัมภาษณ์ตอบว่าถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ" "โปรดอ่านคำตอบ" "ถามทุกข้อคำถาม"
- ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านข้อความในเครื่องหมายคำพูดหลังจากคำว่า "ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ" ทุกครั้ง
- ผู้สัมภาษณ์ไม่ต้องอ่านคำตอบที่เขียนไว้ว่า "ไม่รู้/ไม่แน่ใจ" และ "ไม่ตอบ"
- ใช้ดินสอดขาวเข้ม 3B ในการบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่เป็นคำตอบ "ห้ามทำเครื่องหมายกากบาทเกินช่องสี่เหลี่ยมคำตอบ" ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องสแกนสามารถบันทึกข้อมูลได้
 ในเขตเทศบาล 2 นอกเขตเทศบาล
- หากต้องแก้ไขเพื่อเลือกคำตอบใหม่ ต้องลบคำตอบเดิมให้สะอาด ก่อนจะทำเครื่องหมายที่คำตอบใหม่
- ให้บันทึกข้อมูล ส่วนที่ 0 เพื่อระบุแหล่งที่มาของตัวอย่างสำรวจ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ส่วนที่ 1
- ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายกากบาท (x) ในตารางข้างล่าง เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละส่วน

องค์ประกอบแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2	การรับรู้สถานะทางสุขภาพ
ส่วนที่ 3	การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ
ส่วนที่ 4	ความตระหนักต่อน้าหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว
ส่วนที่ 5	กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
ส่วนที่ 6	การกินผักผลไม้
ส่วนที่ 7	การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ
ส่วนที่ 8	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
ส่วนที่ 9	การคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคไม่ติดต่อ

ส่วนที่ 10	โรคความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 11	โรคเบาหวาน
ส่วนที่ 12	ไขมันในเลือดสูงผิดปกติ
ส่วนที่ 13	โรคเรื้อรัง
ส่วนที่ 14	คุณภาพชีวิตและความบกพร่องทางร่างกาย
ส่วนที่ 15	การบาดเจ็บ
ส่วนที่ 16	สุขภาพสตรี
ส่วนที่ 17	การตรวจเอชไอวี
ส่วนที่ 18	การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

โปรดหยิบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับลำดับคลื่นเตอร์

โปรดฉีกส่วนนี้ให้ผู้รับการสัมภาษณ์

คำแนะนำตัวก่อนการสัมภาษณ์

สวัสดีครับ/ค่ะ ผม/ดิฉัน เป็นตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....ขณะนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งในครั้งนี้เป็นการสำรวจครั้งที่ 4 โดยสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุ 15 ถึง 74 ปี จำนวนหนึ่งแสนห้าหมื่นคนทั่วประเทศ ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อตอบข้อคำถามเหล่านี้ ท่านมั่นใจได้ว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยแก่หน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชนใดๆทั้งสิ้น การรายงานผลเป็นการรายงานโดยรวมของทุกคน การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามทุกข้อ หากไม่ต้องการตอบ ท่านสามารถปฏิเสธการตอบคำถามนั้นได้ ซึ่งการปฏิเสธเข้าร่วมการสำรวจครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ท่านได้รับ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสำรวจครั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามได้จากพนักงานสัมภาษณ์ หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 02-590-3962-64 โดยสอบถามสถานที่ติดต่อจากผู้ทำการสัมภาษณ์



50012

000042

หน้า 1

โปรด X ในช่องสี่เหลี่ยม ☒ เท่านั้น

แบบสัมภาษณ์		กรรณาเขียนด้วยลายมือ	
การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553 Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire 2010		เพศผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ <u>ชาย</u> กลุ่มอายุ <u>15-54 ปี</u> ลำดับคลัสเตอร์ <u>01</u>	
ส่วนที่ 0 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์โปรดบันทึกข้อมูลส่วนนี้ทั้งหมดก่อนทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประมวลผลและการวิเคราะห์เพื่อหาค่าของประชากร โดยผู้สัมภาษณ์จะหาข้อมูลได้จากคู่มือการปฏิบัติงานสนามและเอกสารรายชื่อตัวอย่าง			
SAMPLE	ตัวอย่าง	ตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้มาจาก <input checked="" type="checkbox"/> จากรายชื่อหลัก <input type="checkbox"/> จากรายชื่อสำรอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
NAME	ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสัมภาษณ์	<u>น.ส. เกศทิพย์ บุณยวม</u>	
IDCARD	เลขที่บัตรประชาชน	<input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 - <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 - <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3	
ADDR	บ้านเลขที่ <u>65</u> ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....	<u>ทรายยา</u>	
TELP	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีไม่ยินยอมให้บันทึก 00)		
TELM	โทรศัพท์	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	
	มือถือ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 0	
AGEGR	กลุ่มอายุ	<input checked="" type="checkbox"/> อายุ 15 - 54 ปี <input type="checkbox"/> อายุ 55 - 74 ปี	
CWD	ชื่อจังหวัด <u>เชียงใหม่</u>	รหัสจังหวัด/เขตตามบัญชีรายชื่อ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย	
AREA	เขตการปกครอง	<input checked="" type="checkbox"/> ในเขตเทศบาล <input type="checkbox"/> นอกเขตเทศบาล	
CLUSTER	ลำดับคลัสเตอร์ <u>01</u> (ใส่เลขลำดับคลัสเตอร์)	ลำดับคลัสเตอร์ตามบัญชีรายชื่อ (01 - 24) <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย	
LANG	ภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์	<input checked="" type="checkbox"/> ไทยกลาง <input type="checkbox"/> 2 ไทยอีสาน <input type="checkbox"/> 3 ไทยเหนือ <input type="checkbox"/> 4 ไทยใต้ <input type="checkbox"/> 5 ยาวี <input type="checkbox"/> 6 จีน <input type="checkbox"/> 7 อื่น ๆ ระบุ	
BEGINT	เวลาที่เริ่มการสัมภาษณ์ (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 หลักสิบ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย นาที <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย	
DATE	วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 / <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 / 2553 วันที่/เดือน/ปีพ.ศ.	
INTERV	ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์.....	<u>น.ส. นารีณี เกษมทรัพย์</u>(เขียนตัวบรรจง)	
EDIT	ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสัมภาษณ์.....	<u>น.ส. ดวงกมล อัครวิเศษ</u>(เขียนตัวบรรจง)	

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	
<p>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน เช่น วัน เดือน ปีเกิด อายุ การศึกษา รายได้ ข้อมูลส่วนนี้จะนำไปใช้เพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่าง เปรียบเทียบกับโครงสร้างประชากร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกปิดเป็นความลับ"</p> <p>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์</p>	
SEX	1.1 (ห้ามถาม) เพศของผู้รับการสัมภาษณ์จากการสังเกต <input type="checkbox"/> 1 ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง
DOB	1.2 วันเดือนปีเกิดของท่านคือ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 / <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 / <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 วันที่/เดือน/ปีพ.ศ. <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
AGE	1.3 ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร ปี <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ (อายุเต็มปีนับจนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยให้ดูตารางเทียบอายุ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
BIRTPROV	1.4 ท่านเกิดที่จังหวัด (ระบุชื่อจังหวัด) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 รหัสจังหวัดตามบัญชีรายชื่อหรือคู่มือ ขะ ล า <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input type="checkbox"/> L ต่างประเทศ <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ หลักหน่วย
DURALIVE	1.5 ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลาานกี่ปี (น้อยกว่า 1 ปีให้ลงเป็น 1 ปี) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 ปี <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 8 เดือน <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
RELIGIOU	1.6 ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร <input checked="" type="checkbox"/> 1 พุทธ <input type="checkbox"/> 2 คริสต์ <input type="checkbox"/> 3 อิสลาม <input type="checkbox"/> 4 ไม่นับถือศาสนา <input type="checkbox"/> 5 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
MARITAL	1.7 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 โสด <input checked="" type="checkbox"/> 2 สมรสและอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3 อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส <input type="checkbox"/> 4 สมรสแต่แยกกันอยู่ (ยังไม่ได้จดทะเบียนหย่า) <input type="checkbox"/> 5 หย่า / เลิกกัน <input type="checkbox"/> 6 หม้าย <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
LIT	1.8 ท่านอ่านออก และ/หรือ เขียนได้หรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> 1 ได้ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
EDUCA	1.9 ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด <input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2 ต่ำกว่าประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3 ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 4 มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 5 มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. <input type="checkbox"/> 6 ปวส. / ปกศ.สูง / อนุปริญญา <input checked="" type="checkbox"/> 7 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

POWERBUY	1.15 โดยปกติแล้วสถานะทางการเงินของท่านในแต่ละเดือนเป็นอย่างไร <i>โปรดอ่านคำตอบ</i> <input type="checkbox"/> 1 ไม่พอใช้และต้องกู้หนี้ยืมสินเพื่อการใช้จ่าย (รายรับน้อยกว่ารายจ่ายต่อเดือน) <input type="checkbox"/> 2 ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดและอดออม (ไม่มีหนี้สิน) <input type="checkbox"/> 3 มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอโดยไม่ต้องประหยัด (รายรับมากกว่ารายจ่ายต่อเดือน) <input checked="" type="checkbox"/> 4 มีเงินใช้จ่ายอย่างสบายและมีเงินเหลือเก็บ (รายรับมากกว่ารายจ่ายต่อเดือน) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
FAMNC_1	1.16 รายได้ของครอบครัวท่านเฉลี่ยต่อเดือน รวมทุกคนในครอบครัวเป็นเท่าใด (จำนวนเต็มบาท) (หลักล้าน) (หลักแสน) (หลักร้อย) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> , <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="7"/> , <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> (ให้บันทึก 0 หน้าของตัวเลขแรกที่เป็นคำตอบ) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ <input type="checkbox"/> A ไม่มีรายได้
FAMINCOM	1.17 ครอบครัวท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด <input type="checkbox"/> 1 ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2 ไม่เกิน 999 บาท <input type="checkbox"/> 3 1,000 - 4,999 บาท <input type="checkbox"/> 4 5,000 - 9,999 บาท <input type="checkbox"/> 5 10,000 - 24,999 บาท <input checked="" type="checkbox"/> 6 25,000 - 49,999 บาท <input type="checkbox"/> 7 50,000 - 99,999 บาท <input type="checkbox"/> 8 100,000 - 499,999 บาท <input type="checkbox"/> 9 ตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
ส่วนที่ 2 การรับรู้สถานะทางสุขภาพ <i>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ</i> "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน ที่สะท้อนถึงการประเมินสถานะสุขภาพของตัวท่านเองในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน"	
GENHLTH	2.1 ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองเป็นอย่างไร <i>โปรดอ่านคำตอบ</i> <input type="checkbox"/> 1 ดีเยี่ยม <input checked="" type="checkbox"/> 2 ดีมาก <input type="checkbox"/> 3 ดี <input type="checkbox"/> 4 พอใช้ <input type="checkbox"/> 5 สุขภาพไม่ดีหรือไม่แข็งแรง <i>ไม่ต้องอ่านคำตอบ</i> <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
PSICKDAY	2.2 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย เช่น เจ็บไข้ได้ป่วยทางกาย หรือได้รับบาดเจ็บทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บไข้ได้ป่วยทางกายหรือไม่ได้รับบาดเจ็บเลยให้บันทึก 00) วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
MSICKDAY	2.3 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีความเครียด ความยุ่งยากใจ หรือมีความขัดแย้งทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บไข้ได้ป่วยทางจิตใจเลยให้บันทึก 00) วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

DISABDAY	2.4 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจาก การเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทั้ง 30 วัน ให้บันทึก 00) วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ	หลักสิบ หลักหน่วย ไม่ตอบ								
ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "ต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ซึ่งระบบประกันสุขภาพคือระบบที่ท่านได้รับการคุ้มครองดูแลค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บและไปใช้บริการจากโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัยที่ท่านมีสิทธิและเลือกไว้"										
HLTHIN	3.1 ท่านทราบหรือไม่ว่าตนเองมีประกันสุขภาพ (ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม หรือบริษัทประกันสุขภาพเอกชน) <input checked="" type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ทราบ (ข้ามไปถามข้อ 3.5) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3.5) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3.5)									
	3.2 ระบบประกันสุขภาพที่ท่านมีในปัจจุบันคือ									
	ถามทุกข้อคำถาม									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>มี</th> <th>ไม่มี</th> <th>ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ</th> <th>ไม่ตอบ</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>M</th> <th>N</th> </tr> </thead> </table>	มี	ไม่มี	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	1	2	M	N
มี	ไม่มี	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ							
1	2	M	N							
HLTINHS	3.2.1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINSS	3.2.2 ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINPRI	3.2.3 ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINCIV	3.2.4 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (ของตนเอง)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINCIS	3.2.5 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการของ บิดา / มารดา / บุตร / สามี / ภรรยา	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINSEN	3.2.6 สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ (ของตนเอง)	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINSES	3.2.7 สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจของบิดา / มารดา / บุตร / สามี / ภรรยา	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINVOL	3.2.8 สวัสดิการรักษายาบาลของ อสม.	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINSTU	3.2.9 สวัสดิการรักษายาบาลของสถานศึกษา	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
HLTINMIS	3.2.10 อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N								
INSR	3.3 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านไม่สบาย / เจ็บป่วย ท่านใช้สิทธิประกันสุขภาพที่ท่านมีอยู่อย่างไร <input type="checkbox"/> 1 ไม่เจ็บป่วยในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา (ข้ามไปถามข้อ 3.7) <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช้สิทธิเลย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3.5) <input type="checkbox"/> 3 ใช้สิทธิบางครั้ง <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3.5) <input checked="" type="checkbox"/> 4 ใช้สิทธิทุกครั้ง (ข้ามไปถามข้อ 3.5)									

		<i>ถามทุกข้อคำถาม</i>			
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
	3.4 สาเหตุที่ท่านใช้สิทธิประกันสุขภาพเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพเลย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาเนื่องจาก				
INSTRP	3.4.1 มีปัญหาในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSMOP	3.4.2 มีปัญหาด้านการเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSCARP	3.4.3 ไม่ใส่ใจการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSSATP	3.4.4 ไม่พอใจการให้บริการสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSGTR	3.4.5 เลือกใช้สิทธิตามความรุนแรงมาก-น้อยของโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SELPAY	3.5 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นอกจากประกันสุขภาพที่ท่านมีอยู่ ท่านเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการเจ็บป่วยด้วยวิธีอื่น โดยไม่สามารถเบิกเงินคืนจากประกันสุขภาพที่ท่านมีอยู่ใช่หรือไม่ (ถามทุกคนที่มีประกันสุขภาพ) <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 3.7) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3.7) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3.7)				
	3.6 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นอกจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วท่านรักษาการเจ็บป่วยโดยไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ที่ท่านมีอยู่ แต่ไปใช้วิธีอื่น คือ				
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
DRUGSTOR	3.6.1 ร้านขายยา	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLINIC	3.6.2 คลินิกแพทย์ พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPPUB	3.6.3 สถานพยาบาลของรัฐ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPPRI	3.6.4 สถานพยาบาลของเอกชน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THHOSPUB	3.6.5 คลินิกแพทย์แผนไทยของรัฐบาล	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THHOSPRI	3.6.6 คลินิกแพทย์แผนไทยของเอกชน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THHOSMIS	3.6.7 แพทย์แผนโบราณอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHECKUP	3.7 ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยท่านไม่เจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อใด (ไม่รวมกรณีเจ้าหน้าที่ไปตรวจที่บ้าน) <i>อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้</i> <input checked="" type="checkbox"/> ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> 2 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ <input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี <input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 5 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 5 ไม่เคยตรวจสุขภาพ				

TREETIME	3.8 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยซึ่งไม่รวมกรณีฉุกเฉิน กี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 00) ครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
EMERTIME	3.9 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน กี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 00) ครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
ADVICARE	3.10 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านไปพบ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย ท่านได้รับคำอธิบายถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพอย่างชัดเจนและเพียงพอหรือไม่ (ไม่รวมการอธิบายวิธีใช้ยา) โปรดอ่านคำตอบ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยไปพบบุคลากรทางการแพทย์ (ข้ามไปถามข้อ 3.12) <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคยได้รับคำอธิบาย (ข้ามไปถามข้อ 3.12) <input checked="" type="checkbox"/> 3 ได้รับคำอธิบายเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> 4 ได้รับคำอธิบายทุกครั้งหรือ เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3.12) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3.12)
CONFCARE	3.11 (จากข้อ 3.10) ท่านเชื่อมั่นในการดูแลตัวเองเพียงไร เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่ท่านเป็นในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1 ไม่มั่นใจเลย <input checked="" type="checkbox"/> 2 มั่นใจปานกลาง <input type="checkbox"/> 3 มั่นใจมาก <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
LASTDENT	3.12 ท่านได้ไปพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลเพื่อตรวจสุขภาพเหงือกและ/หรือฟัน โดยไม่รู้ว่ามีปัญหาสุขภาพในช่องปากครั้งสุดท้ายเมื่อใด <input checked="" type="checkbox"/> 1 ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี <input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี <input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 5 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 5 ไม่เคยพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
LASTDTCU	3.13 ท่านได้ไปพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลเพื่อรักษาฟัน และ/หรือ โรคเกี่ยวกับเหงือก(รวมการขูดหินปูน) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด <input checked="" type="checkbox"/> 1 ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี <input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี <input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 5 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 5 ไม่เคยพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 4 ความตระหนักต่อน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว			
ต่อไปนีให้ผู้สัมภาษณ์ถามน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว (โดยไม่ต้องวัด แต่หลังจากถามรอบเอวในข้อ 4.3 ให้วัดเส้นรอบเอวในข้อ 4.4 ด้วย)			
WEIGHT	ห้ามชั่ง 4.1 ขณะนี้ท่านหนักเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็น กิโลกรัม)	ก.ก. <input checked="" type="checkbox"/> 1 0 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 <input checked="" type="checkbox"/> 8 9 <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ	หลักร้อย หลักสิบ หลักหน่วย ไม่ตอบ
HEIGHT	ห้ามวัด 4.2 ขณะนี้ท่านสูงเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็น เซนติเมตร)	ช.ม. 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 0 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6 7 8 9 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ	หลักร้อย หลักสิบ หลักหน่วย ไม่ตอบ
WAISTINC	ห้ามวัด 4.3.1 ขณะนี้เส้นรอบเอว ท่านเป็นเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็นนิ้ว)	นิ้ว 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ	หลักสิบ หลักหน่วย ไม่ตอบ
WAISTCM	หรือ 4.3.2 ขณะนี้เส้นรอบเอว ท่านเป็นเท่าใด (คิดจำนวน เต็มเป็นเซนติเมตร)	เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง (ข้อที่ไม่ตอบให้บันทึก 0) เซนติเมตร <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ	หลักร้อย หลักสิบ หลักหน่วย ไม่ตอบ
WAISTM	วัด 4.4 เส้นรอบเอวที่วัดได้ เป็นเท่าใด	(หลักสิบ) (ทศนิยม 2 ตำแหน่ง) (การวัดที่ถูกต้องดูได้จากภาพที่ 5) เซนติเมตร 0 7 4 . 9 3 <input type="checkbox"/> N ไม่ยอมให้วัด / วัดไม่ได้	
WEICHA	4.5 เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา น้ำหนักตัวในปัจจุบันของท่าน เปลี่ยนแปลงอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 ลดลง <input checked="" type="checkbox"/> 2 เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> 3 เท่าเดิม <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ		
PREGNANT	4.6 (ถามเฉพาะสตรีที่อายุน้อยกว่า 50 ปี) ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ		

ส่วนที่ 5 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	
กิจกรรมการทำงาน	
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย เช่น การเรียน/การอบรม กิจกรรมการทำงานบ้าน การเพาะปลูกและเก็บเกี่ยว การหาปลา/อาหาร การรับจ้างทำงานทั่วไป เป็นต้น ในสัปดาห์หนึ่งๆ"	
JOBVIG	<p>5.1 ท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกหรือแบกของหนักๆ การขุดดิน งานก่อสร้าง การทำนา เป็นต้น (แสดงภาพที่ 1 ประกอบ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ใช่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 5.4)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5.4)</p> <p><input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5.4)</p>
JOBVIGD	<p>5.2 โดยปกติท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับหนักจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์</p> <p>วัน <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
JOBVIGT	<p>5.3 โดยปกติท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับหนัก ในแต่ละวันเป็นเวลานานเท่าไร</p> <p>ชั่วโมง นาที</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
JOBMOD	<p>5.4 ท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ เป็นต้น (แสดงภาพที่ 2 ประกอบ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 5.7)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5.7)</p> <p><input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5.7)</p>
JOBMODD	<p>5.5 โดยปกติท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับปานกลางจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์</p> <p>วัน <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
JOBMODT	<p>5.6 โดยปกติท่านทำงานออกแรง/ใช้แรงในระดับปานกลาง ในแต่ละวันเป็นเวลานานเท่าไร</p> <p>ชั่วโมง นาที</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>

กิจกรรมการเดินทาง	
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการเดินทางที่ทำเป็นประจำ เช่น ไปทำงาน ไปตลาด ไปซื้อข้าว-ของ ไปวัด-โบสถ์ เป็นต้น ในสัปดาห์หนึ่งๆ "	
TRIP	5.7 ท่านเดินหรือถีบจักรยานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 5.10) <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5.10) <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5.10)
TRIPD	5.8 โดยปกติท่านเดินหรือถีบจักรยานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที จำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ วัน <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ
TRIPT	5.9 โดยปกติท่านเดินหรือถีบจักรยาน ในแต่ละวันเป็นเวลานานเท่าไร ชั่วโมง นาที <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0) <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ
กิจกรรมยามว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการเล่นกีฬา การเล่นฟิตเนส และกิจกรรมนันทนาการที่ทำเพื่อความบันเทิง หรือเพื่อพักผ่อนหย่อนใจในเวลาที่ยังว่างจากการทำงาน ซึ่งท่านทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ในสัปดาห์หนึ่งๆ "	
EXERVIG	5.10 ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับหนัก ติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือทำให้หอบ เช่น เดินแอโรบิกโดยใช้แรงกระแทก วิ่งเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ถีบจักรยานเร็วๆ กระโดดเชือก เล่นบาส การชกมวย หรือเล่นฟุตบอล เป็นต้น (แสดงภาพที่ 3 ประกอบ) <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 5.13) <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5.13) <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5.13)
EXERVIGD	5.11 โดยปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับหนักเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ วัน <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ
EXERVIGT	5.12 โดยปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับหนักในแต่ละวันเป็นเวลานานเท่าไร (เฉพาะที่ทำติดต่อกันนาน 10 นาที ขึ้นไป) ชั่วโมง นาที <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0) <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ

EXERMOD	<p>5.13 ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับปานกลาง ติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นพอควรไม่ถึงกับหอบ เช่น การเดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ วายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เป็นต้น (แสดงภาพที่ 4 ประกอบ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 5.16)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5.16)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5.16)</p>
EXERMODD	<p>5.14 โดยปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับปานกลาง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์</p> <p>วัน <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
EXERMODT	<p>5.15 โดยปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมในเวลาว่างเพื่อความบันเทิงหรือพักผ่อนหย่อนใจในระดับปานกลาง ในแต่ละวันเป็นเวลานานเท่าไร (เฉพาะที่ทำติดต่อกันนาน 10 นาที ขึ้นไป)</p> <p>ชั่วโมง นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
<p>กิจกรรมที่เป็นภาระ</p> <p>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการนั่งๆนอนๆที่บ้าน หรือ ณ ที่ใดๆ จะเป็นการนั่งเพื่อเดินทางไปในที่ต่างๆ หรือการนั่งพูดคุยกับเพื่อน นั่งทำงาน นั่งดูโทรทัศน์ แต่ไม่รวมเวลาที่ใช้ในการนอนหลับ ในสัปดาห์หนึ่งๆ"</p>	
SEDEN	<p>5.16 โดยปกติในแต่ละวัน ท่านใช้เวลา นั่งเอนกาย รวมแล้วเป็นเวลานานเท่าไร</p> <p>ชั่วโมง นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 6 . <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 (หน่วยเวลาที่ไม่มีคำตอบให้บันทึก 0)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
<p>ส่วนที่ 6 การกินผักผลไม้</p> <p>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการกินผักผลไม้ แม้ว่าการบอกปริมาณของการกินจะคาดประมาณได้ยาก ขอให้ท่านประมาณปริมาณของการกินให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยดูรูปภาพปริมาณ 1 ถ้วยมาตรฐานประกอบ"</p>	
VEGETABL	<p>6.1 โดยปกติท่านกินผักกี่วันต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่กินเลยให้บันทึก 0) (ข้ามไปถามข้อ 6.4)</p> <p>วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถาม ข้อ 6.4)</p> <p><input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถาม ข้อ 6.4)</p>

SMOKENOW	7.3 ในปัจจุบันนี้ ท่านสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ ยาเส้นอื่น ๆ บ่อยเพียงไร <input type="checkbox"/> 1 สูบทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 สูบบางวัน <input type="checkbox"/> 3 ปัจจุบันไม่ได้สูบ (ข้ามไปถามข้อ 7.9) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 7.9)
SMOKETYP	7.4 โดยปกติแล้ว ท่านสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ ยาเส้นอื่นๆ ชนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน <input type="checkbox"/> 2 ยาสูบชนิดมวนเอง <input type="checkbox"/> 3 ไปป์ (ข้ามไปถามข้อ 7.7) <input type="checkbox"/> 4 ซิการ์ (ข้ามไปถามข้อ 7.7) <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ (ระบุ) (ข้ามไปถามข้อ 7.7) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 7.7)
SMKW	7.5 (สำหรับผู้ที่เลือกตอบ ข้อ 1 และ 2 ในข้อ 7.4) ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ (บุหรี่ซอง และ/หรือ บุหรี่มวนเอง) สัปดาห์ละกี่วัน
SMKCW	บุหรี่ซอง วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย (ถ้าไม่สูบบุหรี่ซองให้บันทึก 0 วัน) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
SMKLW	บุหรี่มวนเอง วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 หลักหน่วย (ถ้าไม่สูบบุหรี่มวนเองให้บันทึก 0 วัน) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
SMKC	7.6 ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่แต่ละชนิดอย่างไร 7.6.1 ท่านสูบบุหรี่ชนิดซอง (ผลิตจากโรงงาน) จำนวนกี่มวนต่อสัปดาห์ (1 ซองเท่ากับ 20 มวน) (ถ้าไม่สูบบุหรี่ซอง ให้บันทึก 000 มวน) (ข้ามไปถามข้อ 7.6.3) มวน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักร้อย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
SMKCEXP	7.6.2 ท่านซื้อบุหรี่ชนิดซอง (ผลิตจากโรงงาน) มาสูบเฉลี่ยเดือนละกี่บาท (จำนวนเต็มบาท) (หลักแสน) (หลักร้อย) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท (ให้บันทึก 0 หน้าของตัวเลขแรกที่เป็นคำตอบ) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
SMKL	7.6.3 ท่านสูบบุหรี่ชนิดมวนเอง จำนวนกี่มวนต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่สูบบุหรี่มวนเองให้บันทึก 000 มวน) (ข้ามไปถามข้อ 7.7) มวน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักร้อย <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

LIQDAY	<p>8.2 ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านดื่มสุรา (เหล้าขาว เหล้าสี บรันดี วอดก้า คอกเทล) กี่วัน (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์, หรือ 7 วันอันตราย) <i>(ถ้าไม่ดื่มเลยใน 30 วันให้บันทึก 00)</i> <i>(ข้ามไปถามข้อ 8.4)</i></p> <p>วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
LIQDRK	<p>8.3 โดยปกติในวันที่ดื่ม ท่านดื่มสุราก็แก้วมาตรฐานต่อวัน <i>(แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ)</i> (1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ เหล้าขาวหรือเชียงซุน 1 เบิก / สุราไม่ผสม 1 เบิก / สุราผสมโซดา 2 แก้ว) <i>(ถ้าดื่มต่ำกว่า 1 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 00)</i></p> <p>แก้ว <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
BEERDAY	<p>8.4 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเบียร์กี่วัน (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) <i>(ถ้าไม่ดื่มเลยใน 30 วันให้บันทึก 00)</i> <i>(ข้ามไปถามข้อ 8.6)</i></p> <p>วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
BEERDRK	<p>8.5 โดยปกติในวันที่ดื่ม ท่านดื่มเบียร์กี่แก้วมาตรฐานต่อวัน <i>(แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ)</i> (1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง หรือครึ่งขวด) <i>(ถ้าดื่มต่ำกว่า 1 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 00)</i></p> <p>แก้ว <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
WINEDAY	<p>8.6 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มไวน์/แชมเปญ/สุราแช่พื้นเมืองกี่วัน (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) <i>(ถ้าไม่ดื่มเลยใน 30 วันให้บันทึก 00)</i> <i>(ข้ามไปถามข้อ 8.8)</i></p> <p>วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
WINEDRK	<p>8.7 โดยปกติในวันที่ดื่ม ท่านดื่มไวน์/แชมเปญ/สุราแช่พื้นเมืองกี่แก้วมาตรฐานต่อวัน <i>(แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ)</i> (1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ ไวน์ 1 แก้ว / สาโท 1 แก้ว) <i>(ถ้าดื่มต่ำกว่า 1 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 00)</i></p> <p>แก้ว <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>

RTDDAY	<p>8.8 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มไวน์คูลเลอร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมรสผลไม้กี่วัน (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) (ถ้าไม่ดื่มเลยใน 30 วันให้บันทึก 00) (ข้ามไปถามข้อ 8.10)</p> <p>วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
RTDDRK	<p>8.9 โดยปกติในวันที่ดื่ม ท่านดื่มไวน์คูลเลอร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมรสผลไม้กี่แก้วมาตรฐานต่อวัน (แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ) (1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ สปาย 1 ขวด) (ถ้าดื่มต่ำกว่า 1 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 00)</p> <p>แก้ว <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
ALCDAY	<p>8.10 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เฉลี่ยแล้วกี่วัน (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) (ถ้าไม่ดื่มเลยใน 30 วันให้บันทึก 00) (ข้ามไปถามข้อ 9.1)</p> <p>วัน <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
AVERDRNK	<p>8.11 โดยปกติในวันที่ดื่ม ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยกี่แก้วมาตรฐานต่อวัน (แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ) (1 แก้วมาตรฐานเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง หรือครึ่งขวด/สาโท 1 แก้ว/ไวน์ 1 แก้ว/สปาย 1 ขวด/ สุราไม่ผสม 1 เบิก/เหล้าขาวหรือเชียงขน 1 เบิก/สุราผสมโซดา 2 แก้ว) (ถ้าดื่มต่ำกว่า 1 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 00) (ข้ามไปถามข้อ 9.1)</p> <p>แก้ว <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>
DRNKGESS	<p>8.12 ใน 30 วันที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งของการดื่ม ท่านดื่มสุรา หรือ เบียร์ หรือ ไวน์ หรือสปาย หรือ สาโท ฯลฯ ซึ่งรวมกันแล้วตั้งแต่ 5 แก้วมาตรฐานขึ้นไปในผู้ชาย และ 4 แก้วมาตรฐานขึ้นไปในผู้หญิง ทั้งหมดกี่ครั้ง (แสดงภาพที่ 6, 7 ประกอบ) (ถ้าดื่มต่ำกว่า 5 แก้วมาตรฐาน ให้บันทึก 000)</p> <p>ครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักร้อย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 9 การคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคไม่ติดต่อ						
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและอาการของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต"						
RSCREEN	9.1 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.มาพูดคุยซักถามท่าน วัดความดันโลหิตและ/หรือเจาะเลือด เพื่อประเมินว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 9.4) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 9.4) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9.4)					
RISKGR	9.2 ภายหลังจากกรณข้อ 9.1 แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือบอกว่าท่านปกติหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้บอก (ข้ามไปถามข้อ 9.4) <input type="checkbox"/> 2 บอกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรค <input type="checkbox"/> 3 บอกว่าปกติ (ข้ามไปถามข้อ 9.4) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 9.4) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9.4)					
	9.3 ท่านได้รับการบอกว่ายู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคใด					
	<i>ผู้สัมภาษณ์อ่านทุกข้อความและให้ผู้รับการสัมภาษณ์ ตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ</i>	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ		
		1	2	M		
		N				
RISKHT	9.3.1	กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISKDM	9.3.2	กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISKCVD	9.3.3	กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจขาดเลือด และ/หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNRISK	9.4 ข้อความต่อไปนี้เป็นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ท่านคิดว่าข้อใดถูกหรือผิด					
	<i>ผู้สัมภาษณ์อ่านทุกข้อความและให้ผู้รับการสัมภาษณ์ ตอบว่าถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ</i>	ถูก	ผิด	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	
		1	2	M	N	
KNFRIED	9.4.1	การกินอาหารทอด เก่งกะทิ และอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้ท่านมีระดับไขมันในเลือดสูง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNFRTVEG	9.4.2	การกินผักผลไม้ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNFISH	9.4.3	การกินปลา (ไม่รวมปลาเค็มและปลาที่เกิดจากการหมักดอง) ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ผู้สัมภาษณ์อ่านทุกข้อความและให้ผู้รับการสัมภาษณ์ ตอบว่าถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ (ต่อ)	ถูก	ผิด	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
KNSALT	9.4.4 ผู้ที่ชอบกินอาหารเค็มจะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่า ผู้ที่กินอาหารจืด	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNSMRISK	9.4.5 ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจ หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNOBESDM	9.4.6 คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนผอม	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNEXERCE	9.4.7 การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้สุขภาพแข็งแรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.4.8 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับหนัก จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNIHD	9.5 ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ข้อใดเป็นอาการฉุกเฉิน/รุนแรงของโรคหัวใจวาย หรือหัวใจขาดเลือด ที่ควรนำ ส่งโรงพยาบาลทันที				
	<i>ถามทุกข้อคำถาม</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNNPAIN	9.5.1 ปวดหรือรู้สึกอึดอัดแบบจุก หรือถูกบีบเค้น หรือ ถูกของทับ ที่หน้าอก และมีอาการปวดร้าวไปที่กราม คอ หรือหลัง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNTIRED	9.5.2 รู้สึกหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม และมือเท้าเย็น	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNCHESTH	9.5.3 ปวด/เจ็บตรงกลางยอดอก หรือลิ้นปี่ หรือเจ็บตรงหน้าอกซีกซ้าย บริเวณตำแหน่งของหัวใจอย่างรุนแรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNSTRK	9.6 ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ข้อใดเป็นอาการฉุกเฉิน/รุนแรงของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหลอดเลือด สมอง ที่ควรนำส่งโรงพยาบาลทันที				
	<i>ถามทุกข้อคำถาม</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNSPEAK	9.6.1 พูดจาสับสน หรือมีปัญหาการพูดอย่างเฉียบพลัน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNCOUNT	9.6.2 มีปัญหาในการนับตัวเลข หรือใบหน้าเบี้ยว หรือแขน ขาอ่อนแรง เฉียบพลัน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNBLINDS	9.6.3 ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างมัว หรือ เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นเฉียบพลัน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNBALANC	9.6.4 สูญเสียการทรงตัว การเดิน หรือเวียนหัวอย่างเฉียบพลัน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNHEADAC	9.6.5 ปวดหัวอย่างรุนแรง โดยไม่ทราบที่เกิดจากอะไร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 10 โรคความดันโลหิตสูง

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของประเทศ ข้อคำถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค การรักษา และการดูแลตนเองของท่าน และพึงระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน"

LASTBP	10.1 ท่านได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้	<input type="checkbox"/> 1	ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	<input checked="" type="checkbox"/> 2	มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	<input type="checkbox"/> 3	มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี	<input type="checkbox"/> 4	มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี	<input type="checkbox"/> 5	มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 6	ไม่เคยวัดความดันโลหิตเลย (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)											
BPHIGH	10.2 เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แต่ไม่รวม อสม.) บอกว่าท่านมีความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1	เคย	<input checked="" type="checkbox"/> 2	ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)																			
AGEBPHIG	10.3 ท่านทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุเท่าไร (หน่วยเป็นปี)	ปี	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ
HTCURE	10.4 ท่านเคยได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1	เคย	<input type="checkbox"/> 1	ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 11.1)																			
HTCARE	10.5 ปัจจุบันนี้ท่านดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีใด													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		ถามทุกข้อคำถาม												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
														1	2	M	N											
HTCON	10.5.1 ควบคุมการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
HTDIET	10.5.2 ลดอาหารเค็มหรือลดการกินเกลือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
HTWEI	10.5.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
HTEXE	10.5.4 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
HTSTR	10.5.5 ผ่อนคลายความเครียดที่ทำให้ท่านมีความสุข/สบายใจ แต่ไม่ใช่โดยการดื่มเหล้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
HTSMO	10.5.6 (เฉพาะผู้สูบบุหรี่) ละ ลด เลิกสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

	ถามทุกข้อคำถาม (ต่อ)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ																																			
		1	2	M	N																																			
HTALCOH	10.5.7 (เฉพาะผู้ดื่ม) ละ ลด เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
HTPILL	10.5.8 กินยาควบคุมระดับความดันโลหิตตามการรักษาของแพทย์ อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
HTALT	10.5.9 กินยาแผนไทย - จีน หรือสมุนไพร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
FREQBP	10.6 ปัจจุบันท่านตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง หรือโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขบ่อยแค่ไหน (อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>อย่างน้อยวันละครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>เดือนละครั้ง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>2 ถึง 3 เดือนครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>4 ถึง 6 เดือนครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>7 ถึง 12 เดือนครั้ง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>มากกว่า 1 ปีต่อครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1	อย่างน้อยวันละครั้ง	<input type="checkbox"/> 2	อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	<input type="checkbox"/> 3	เดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/> 4	2 ถึง 3 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 5	4 ถึง 6 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 6	7 ถึง 12 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 7	มากกว่า 1 ปีต่อครั้ง	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																	
<input type="checkbox"/> 1	อย่างน้อยวันละครั้ง	<input type="checkbox"/> 2	อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	<input type="checkbox"/> 3	เดือนละครั้ง																																			
<input type="checkbox"/> 4	2 ถึง 3 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 5	4 ถึง 6 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 6	7 ถึง 12 เดือนครั้ง																																			
<input type="checkbox"/> 7	มากกว่า 1 ปีต่อครั้ง	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																																			
FRECARBP	10.7 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้ไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาความดัน โลหิตสูงกี่ครั้ง (ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาความดันโลหิตสูง ให้บันทึก 00)	<table border="0"> <tr> <td>ครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="4">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td colspan="4">ไม่ตอบ</td> </tr> </table>				ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย		<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ				<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ			
ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ																													
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย																													
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ				<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																																	
HTRENEX	10.8 (จากข้อ 10.7) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์ เพื่อหาความผิดปกติจากการ ทำงานของไต และดูภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 00)	<table border="0"> <tr> <td>ครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="4">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td colspan="4">ไม่ตอบ</td> </tr> </table>				ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย		<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ				<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ			
ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ																													
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย																													
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ				<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																																	
ส่วนที่ 11 เบาหวาน ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของประเทศ ข้อคำถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค การรักษา และการดูแลตนเองของท่าน และพึงระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มี ผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน"																																								
LASTVERB	11.1 ท่านได้รับการถามหรือสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ครั้งสุดท้ายเมื่อใด (อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ไม่เคยได้รับการสอบถามหรือสัมภาษณ์เลย</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1	ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2	มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	<input type="checkbox"/> 3	มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี	<input type="checkbox"/> 4	มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี	<input type="checkbox"/> 5	มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่เคยได้รับการสอบถามหรือสัมภาษณ์เลย	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																			
<input type="checkbox"/> 1	ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2	มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี																																					
<input type="checkbox"/> 3	มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี	<input type="checkbox"/> 4	มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี																																					
<input type="checkbox"/> 5	มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่เคยได้รับการสอบถามหรือสัมภาษณ์เลย																																					
<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																																					

	ถามทุกข้อคำถาม (ต่อ)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ																																				
		1	2	M	N																																				
DMSMO	11.7.7 (เฉพาะผู้สูบบุหรี่) ละ ลด เลิกสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
DIABPILL	11.7.8 กินยาแผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตามการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
INSULIN	11.7.9 ฉีดอินซูลิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
DIABALT	11.7.12 กินยาแผนไทย - จีน หรือสมุนไพร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
BLDSUGAR	11.8 โดยปกติแล้วท่านตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลด้วยตนเองหรือโดยบุคลากรทางการแพทย์ บ่อยแค่ไหน อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 25%;">อย่างน้อยวันละครั้ง</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 25%;">อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="width: 25%;">เดือนละครั้ง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>2 ถึง 3 เดือนครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>4 ถึง 6 เดือนครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>7 ถึง 12 เดือนครั้ง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>มากกว่า 1 ปี ต่อครั้ง</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	อย่างน้อยวันละครั้ง	<input type="checkbox"/> 2	อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	<input type="checkbox"/> 3	เดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/> 4	2 ถึง 3 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 5	4 ถึง 6 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 6	7 ถึง 12 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 7	มากกว่า 1 ปี ต่อครั้ง	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> 1	อย่างน้อยวันละครั้ง	<input type="checkbox"/> 2	อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	<input type="checkbox"/> 3	เดือนละครั้ง																																				
<input type="checkbox"/> 4	2 ถึง 3 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 5	4 ถึง 6 เดือนครั้ง	<input type="checkbox"/> 6	7 ถึง 12 เดือนครั้ง																																				
<input type="checkbox"/> 7	มากกว่า 1 ปี ต่อครั้ง	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																																				
FRECARDI	11.9 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาโรคเบาหวาน กี่ครั้ง (ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลรักษาโรคเบาหวานเลยให้ บันทึก 00) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">ครั้ง</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 7</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td style="width: 10%;">หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="8">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย		<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ																														
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย																														
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																														
FEETCHK	11.10 (จากข้อ 11.9) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจดูแลรอยแผลหรืออาการระคายเคืองที่เท้าจาก แพทย์ หรือพยาบาล เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 00) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">ครั้ง</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 7</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td style="width: 10%;">หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="8">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย		<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ																														
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย																														
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																														
DMRENEX	11.11 (จากข้อ 11.9) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์ เพื่อหาความผิดปกติจากการ ทำงานของไตและดูภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 00) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">ครั้ง</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 7</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td style="width: 10%;">หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="8">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย		<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ครั้ง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักสิบ																														
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	หลักหน่วย																														
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ								<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ																														
EYEEEXAM	11.12 ท่านได้รับการตรวจดวงตาจากแพทย์ หรือพยาบาล (ซึ่งมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อขยายม่านตาและท่าน จะมีอาการตาพร่ามัวหลังการตรวจ หรือใช้กล้องส่อง) เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ครั้งสุดท้าย เมื่อใด <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 25%;">ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 25%;">มากกว่า 1 เดือน ถึง 1 ปี</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>ไม่เคยตรวจ</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td>ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2	มากกว่า 1 เดือน ถึง 1 ปี	<input type="checkbox"/> 3	มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี	<input type="checkbox"/> 4	มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 5	ไม่เคยตรวจ	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> 1	ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2	มากกว่า 1 เดือน ถึง 1 ปี																																						
<input type="checkbox"/> 3	มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี	<input type="checkbox"/> 4	มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป																																						
<input type="checkbox"/> 5	ไม่เคยตรวจ	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ																																						

ส่วนที่ 12 ไขมันในเลือดสูงผิดปกติ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ ไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของประเทศ ข้อคำถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค การรักษา และการดูแลตนเองของท่าน และพึงระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน"

LASTBLC	12.1 ท่านได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดครั้งสุดท้ายเมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ <input type="checkbox"/> 1 ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา <input checked="" type="checkbox"/> 2 มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี <input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี <input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี <input type="checkbox"/> 5 มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป <input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยตรวจวัดระดับไขมันในเส้นเลือดเลย (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 13.1)									
CHOTES	12.2 เคยมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าคุณมีระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input checked="" type="checkbox"/> 2 ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 13.1)									
CHOAGE	12.3 ท่านทราบว่าตนเองมีระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติตั้งแต่อายุเท่าไร (หน่วยเป็นปี) ปี <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักสิบ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 หลักหน่วย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ									
CHOCURE	12.4 ท่านเคยได้รับการรักษาไขมันในเลือดสูงผิดปกติจากแพทย์ หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 13.1) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 13.1)									
CHOCARE	12.5 ปัจจุบันนี้ท่านดูแลตนเองเพื่อความคุมไขมันในเลือดสูงผิดปกติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีใด <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><thead><tr><th rowspan="2">ถามทุกข้อคำถาม</th><th>ใช่</th><th>ไม่ใช่</th><th>ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ</th><th>ไม่ตอบ</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>M</th><th>N</th></tr></thead></table>	ถามทุกข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	1	2	M	N
ถามทุกข้อคำถาม	ใช่		ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ					
	1	2	M	N						
CHOFAT	12.5.1 ความคุมการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หนังกุ้ง กุ้ง กะทิ เนย เป็นต้น <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
CHOSUG	12.5.2 ลดขนมหวานที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
CHOWEI	12.5.3 ความคุมน้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
CHOEXE	12.5.4 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
CHOALC	12.5.5 (เฉพาะผู้ดื่ม) ละ ลด เลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

	ถามทุกข้อคำถาม (ต่อ)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ																																																
		1	2	M	N																																																
CHOPILL	12.5.6 กินยาแผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับไขมันสูงผิดปกติ ตามการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CHOALT	12.5.7 กินยาแผนไทย - จีน หรือสมุนไพร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
BLDCHO	12.6 โดยปกติแล้วท่านตรวจเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติ โดยบุคลากรทางการแพทย์บ่อยแค่ไหน อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">เดือนละครึ่ง</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">2 ถึง 3 เดือนครึ่ง</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4 ถึง 6 เดือนครึ่ง</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">7 ถึง 12 เดือนครึ่ง</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">มากกว่า 1 ปี</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td> <td style="padding: 2px;">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td> <td style="padding: 2px;">ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	1	เดือนละครึ่ง	2	2 ถึง 3 เดือนครึ่ง	3	4 ถึง 6 เดือนครึ่ง	4	7 ถึง 12 เดือนครึ่ง	5	มากกว่า 1 ปี	M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ					N	ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
1	เดือนละครึ่ง	2	2 ถึง 3 เดือนครึ่ง	3	4 ถึง 6 เดือนครึ่ง																																																
4	7 ถึง 12 เดือนครึ่ง	5	มากกว่า 1 ปี	M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ																																																
				N	ไม่ตอบ																																																
FRECACH	12.7 ใน 12 เดือน ที่ผ่านมา ท่านได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาระดับไขมัน ในเลือดสูงผิดปกติกี่ครั้ง (ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลรักษาระดับ ไขมันในเลือดสูงผิดปกติเลยให้บันทึก 00) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ครั้ง</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</td> <td style="padding: 2px;">หลักสิบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</td> <td style="padding: 2px;">หลักหน่วย</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 2px;">ไม่รู้/ไม่แน่ใจ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 2px;">ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	ครั้ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักสิบ		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักหน่วย												ไม่รู้/ไม่แน่ใจ												ไม่ตอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ครั้ง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักสิบ																																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักหน่วย																																										
											ไม่รู้/ไม่แน่ใจ																																										
											ไม่ตอบ																																										
ส่วนที่ 13 โรคเรื้อรัง																																																					
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบได้ในคนไทย เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้และโรคเรื้อรังที่ท่านอาจเป็นอยู่และพึงระลึกไว้เสมอว่า คำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่าน ได้รับอยู่ในปัจจุบัน"																																																					
	13.1 เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่																																																				
	ถามทุกข้อคำถาม	เป็น	ไม่เป็น	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ																																																
		1	2	M	N																																																
STROKE	13.1.1 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CHD	13.1.2 โรคหัวใจขาดเลือด (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
COPD	13.1.3 โรคถุงลมโป่งพอง หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
ANEMIA	13.1.4 โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซidak	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CANCER	13.1.5 โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CRF	13.1.6 โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
DEPRESS	13.1.7 โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CIRRHOSIS	13.1.8 โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
ALCOLSM	13.1.9 โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
CHF	13.1.10 โรคหัวใจล้มเหลว	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
OSTEO	13.1.11 โรคกระดูกพรุน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
ARTHRI	13.1.12 โรคข้อเสื่อม หรือรูมาตอยด์	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																

ASTHMA	13.2 เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าคุณเป็นโรคหอบหืดหรือไม่						
	<input type="checkbox"/> 1	เคย					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	ไม่เคย	(ข้ามไปถามข้อ 13.4)				
	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	(ข้ามไปถามข้อ 13.4)				
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	(ข้ามไปถามข้อ 13.4)				
ASTHCUR	13.3 ในปัจจุบันท่านยังเป็นโรคหอบหืดหรือไม่						
	<input type="checkbox"/> 1	ใช่					
	<input type="checkbox"/> 2	ไม่ใช่					
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ					
	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ					
TB	13.4 เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าคุณเป็นวัณโรคหรือไม่						
	<input type="checkbox"/> 1	เคย					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	ไม่เคย	(ข้ามไปถามข้อ 13.6)				
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	(ข้ามไปถามข้อ 13.6)				
	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ	(ข้ามไปถามข้อ 13.6)				
TBCUR	13.5 ในปัจจุบันท่านยังเป็นวัณโรคหรือไม่						
	<input type="checkbox"/> 1	ใช่					
	<input type="checkbox"/> 2	ไม่ใช่					
	<input type="checkbox"/> M	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ					
	<input type="checkbox"/> N	ไม่ตอบ					
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค							
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโรค"							
	13.6 ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคใดต่อไปนี้สามารถป้องกันได้						
	ถามทุกข้อคำถาม			ได้	ไม่ได้	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
				1	2	M	N
KNCANCER	13.6.1	โรคมะเร็ง		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNDM	13.6.2	โรคเบาหวาน		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNSTROK	13.6.3	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNHT	13.6.4	โรคความดันโลหิตสูง		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNHRTAT	13.6.5	โรคหัวใจขาดเลือด		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNTHALL	13.6.6	โรคอัลสไซเมอร์		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNCARRI	13.6.7	พิษสุ		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNFLU	13.6.8	โรคไขหวัดใหญ่		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 14 คุณภาพชีวิตและความบกพร่องทางร่างกาย (ต้องตอบทุกข้อ) ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับสภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด"	
QMOVE	14.1 การเคลื่อนไหวร่างกายของท่านในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน <input type="checkbox"/> 2 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง <input type="checkbox"/> 3 ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
QSELF	14.2 การดูแลตนเองของท่านในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> 2 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือแต่งตัวบ้าง <input type="checkbox"/> 3 ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้ <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
QWORK	14.3 กิจกรรม/กิจวัตร ประจำวันที่ท่านทำเป็นประจำในวันนี้ เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว, หรือการทำกิจกรรมยามว่าง (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ <input type="checkbox"/> 2 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง <input type="checkbox"/> 3 ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
QPAIN	14.4 ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย <input type="checkbox"/> 2 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง <input type="checkbox"/> 3 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
QSTRESS	14.5 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> 2 ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง <input type="checkbox"/> 3 ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 15 การบาดเจ็บ	
<p>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับนโยบายการป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้ยานยนต์ของท่านพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการลดอันตรายจากการบาดเจ็บบนท้องถนน ในกรณีที่ท่านไม่ได้ขับขี่ยานยนต์กรุณาตอบว่าท่านไม่เคยขับขี่ในช่วงเวลานั้น ซึ่งเป็นคำตอบที่แตกต่างกับคำตอบว่าไม่ใช่หรือไม่เคย"</p>	
HELMET	<p>15.1 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกกันน็อกบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3 เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 4 บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5 นานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยสวมเลย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
HELMETPA	<p>15.2 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกกันน็อกบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 ไม่เคยซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3 เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 4 บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5 นานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยสวมเลย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
SEATBELT	<p>15.3 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อขับรถยนต์ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ทุกครั้ง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 4 บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5 นานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยคาดเลย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
SEATBEPA	<p>15.4 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อนั่งข้างคนขับรถยนต์ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยนั่งข้างคนขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ทุกครั้ง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 4 บางครั้ง <input type="checkbox"/> 5 นานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยคาดเลย <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
DRKDRIV	<p>15.5 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ดื่ม <input type="checkbox"/> 2 ไม่ดื่ม (ข้ามไปถามข้อ 15.11)</p> <p><input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 15.11) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 15.11)</p>
DRKMOT	<p>15.6 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ท่านได้ขับขี่รถจักรยานยนต์ใช่หรือไม่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ดื่มแต่ไม่ขับ <input type="checkbox"/> 3 ดื่มแล้วขับภายใน 1 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ดื่มแล้วขับภายใน 2 ถึง 6 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>
DRKCAR	<p>15.7 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย) หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ท่านได้ขับรถยนต์ใช่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับรถยนต์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 ดื่มแต่ไม่ขับ <input type="checkbox"/> 3 ดื่มแล้วขับภายใน 1 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ดื่มแล้วขับภายใน 2 ถึง 6 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ</p>

DRKFES	15.8 ในช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ดื่ม <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ดื่ม (ข้ามไปถามข้อ 15.11) <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 15.11) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 15.11)
DRKFESM	15.9 ในช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วท่านได้ขับขี รถจักรยานยนต์ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับขีรถจักรยานยนต์ในช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ <input type="checkbox"/> 2 ดื่มแต่ไม่ขับ <input type="checkbox"/> 3 ดื่มแล้วขับภายใน 1 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 4 ดื่มแล้วขับภายใน 2 ถึง 6 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
DRKFESC	15.10 ในช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ หรือ 7 วันอันตราย หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วท่านได้ขับ รถยนต์ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับขีรถยนต์ในช่วงเทศกาลปีใหม่, สงกรานต์ <input type="checkbox"/> 2 ดื่มแต่ไม่ขับ <input type="checkbox"/> 3 ดื่มแล้วขับภายใน 1 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 4 ดื่มแล้วขับภายใน 2 ถึง 6 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
DRKMSEL	15.11 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านฝันขับขีรถจักรยานยนต์ ขณะรู้สึกง่วง ใช่หรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับขีรถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ใช่ <input type="checkbox"/> 3 ไม่ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
DRKCDL	15.12 ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านฝันขับรถยนต์ ขณะรู้สึกง่วง ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2 ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
ส่วนที่ 16 สุขภาพสตรี (ถามเฉพาะผู้หญิง สำหรับผู้ชายให้ไปถามข้อ 17.1) ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการตรวจเต้านม การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การคุมกำเนิด และการให้ นมลูก ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของสตรี"	
SELFBRK	16.1 ท่านทราบวิธีการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> 1 ทราบ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ทราบ (ข้ามไปถามข้อ 16.3) <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 16.3) <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 16.3)
BRFRQEXA	16.2 ท่านตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง เพื่อหาก้อนผิดปกติบ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3 เดือนละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4 2 ถึง 3 เดือนครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 4 ถึง 6 เดือนครั้ง <input type="checkbox"/> 6 7 ถึง 12 เดือนครั้ง <input type="checkbox"/> 7 ไม่เคยตรวจ <input checked="" type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ

LSTBREEX	16.3 ท่านเคยได้รับการตรวจคลำเต้านมโดย แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อหาก้อนผิดปกติ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด <i>อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี
		<input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 2 ปี ถึง 3 ปี	<input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 3 ปี ถึง 5 ปี
		<input type="checkbox"/> 5 มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยตรวจ
		<input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
LASTPAP	16.4 ท่านได้รับการตรวจภายในเพื่อหาเมเร็งปากมดลูก ครั้งสุดท้ายเมื่อใด <i>อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 2 มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี
		<input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 2 ปี ถึง 3 ปี	<input type="checkbox"/> 4 มากกว่า 3 ปี ถึง 5 ปี
		<input type="checkbox"/> 5 มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยตรวจ
		<input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
ส่วนที่ 17 การตรวจเอชไอวี			
<i>ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ</i> "คำถามต่อไปเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาของประเทศที่สำคัญคือ ปัญหาโรคเอดส์ ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โปรดระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล และท่านไม่จำเป็นต้องตอบทุกข้อหากท่านไม่ต้องการ และท่านควรตอบคำถามเหล่านี้โดยไม่มีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้สัมภาษณ์อยู่ใกล้กับท่าน"			
HIVTEST	17.1 ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์หรือเอชไอวีหรือไม่ ซึ่งไม่นับรวมกรณีที่ท่านบริจาคเลือด	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 17.3)
		<input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 17.3)	<input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 17.3)
HIVRES	17.2 ท่านรู้ผลการตรวจเลือดเพื่อหาเอดส์หรือเอชไอวีหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 รู้	<input type="checkbox"/> 2 ไม่รู้
		<input type="checkbox"/> M ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
HIVKN	17.3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
	<i>ถามทุกข้อคำถาม</i>	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	<input type="checkbox"/> N ไม่ตอบ
HIVKS	17.3.1 การมีเพศสัมพันธ์กับคูที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น สามารถลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIVKC	17.3.2 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถลด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIVKH	17.3.3 คนที่ดูมีสุขภาพดีก็อาจติดเชื้อเอชไอวีได้	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIVKM	17.3.4 คนติดเชื้อเอชไอวีจากยุงกัดได้	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HIVKF	17.3.5 คนปกติจะติดเชื้อเอชไอวีจากการกินอาหารจานเดียวกัน/ กินอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ส่วนที่ 18 การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่							
ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "คำถามต่อไปเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาของประเทศที่สำคัญคือ ปัญหาจากการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่"							
FLUKN	18. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่			ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
	ถามทุกข้อคำถาม			1	2	M	N
FLUPREG	18.1	สตรีตั้งครรภ์ หากติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เสี่ยงที่จะป่วยรุนแรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUDIS	18.2	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต หากติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เสี่ยงที่จะป่วยรุนแรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUOBES	18.3	คนที่อ้วนมาก (BMI \geq 35 กก/ม ²) หากติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เสี่ยงที่จะป่วยรุนแรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUHAND	18.4	การล้างมือบ่อยๆช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUMASK	18.5	ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ที่สวมหน้ากากอนามัย จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อไข้หวัดใหญ่ไปยังคนอื่นได้	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUFHOT	18.6	การรับประทานอาหารร้อน ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FLUFSP0	18.7	การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

คำขอบคุณ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำขอบคุณ "จบคำถามทั้งหมดแล้วครับ/ค่ะ คำตอบทั้งหมดจะนำไปรวบรวมเพื่อใช้เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ ขอขอบคุณมากที่ท่านได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเหล่านี้"

ENDTIM	เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	ชั่วโมง	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	หลักสิบ							
		นาที	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักหน่วย
			<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	หลักสิบ				
			<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	หลักหน่วย
TOTALTIM	ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ ทั้งสิ้นเป็น (นับเป็นนาที)	นาที	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	8	9	หลักสิบ
		0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8	9	หลักหน่วย	