



COVID-19 Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Interviewer ID:

Date:

Month

Day

Year

介紹

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

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

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

Who is completing the survey: Participant or Proxy?

- Participant
- Proxy

我今天可以詢問您在COVID-19新冠肺炎方面的經歷嗎？

- 是
- 否

今後我們可以再次打電話給您，了解您的狀況並且再次詢問您這些問題嗎？

- 是
- 否

COVID-19 DIAGNOSIS

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

- 是，肯定
- 是，我認為
- 可能
- 否



2. 醫療保健服務提供者是否曾經告訴您，您患有COVID-19 新冠肺炎？

- 是，肯定 →
- 是，可能或疑似 →
- 否

若選擇「是」，您屬於以下哪種情況：

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

用於核查醫療記錄

醫師姓名 / 診所 / 醫院的名稱 _____

醫師 / 診所 / 醫院的地址 _____

聯絡電話 _____

3. 您是否曾接受過新型冠狀病毒或COVID-19 新型肺炎的檢測？

- 是 →
- 否
- 不確定

若是的話，您接受了哪一種檢測：

a. COVID-19 新冠肺炎感染？ 是 否

↳ 若是的話，結果： 陽性 陰性 待定

b. COVID-19 新冠肺炎免疫力 是 否

↳ 若是的話，結果： 陽性 陰性 待定

c. 您接受了幾次檢測？ _____

d. 您可以告訴我您第一次COVID-19 新冠肺炎檢測的詳細情況嗎？

i. 日期： _____

ii. 檢測原因：

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

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

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

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

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

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____ **(continued)**



(continued)

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

iv. 結果

- 陽性
 陰性
 不確定/待定

e. 您可以告訴我您最近一次COVID-19 新冠肺炎檢測的詳細情況嗎？

i. 日期： _____

ii. 檢測原因：

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

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____

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

↳ 請具體說明此「其他」選項： _____

iv. 結果：

- 陽性
 陰性
 不確定/待定

(continued)



(continued)

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

- 是
- 否
- 不確定

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

1. 日期: _____

2. 檢測原因:

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

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

3. 檢測類型:

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

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

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

- 是
- 否



COVID-19 Questionnaire

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

- 是 →
 否

若選擇「是」：

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

5. 您是否曾經因為疑似或確診的COVID-19 新冠肺炎而在醫院過夜？

- 是 →
 否

若選擇「是」：

a. 您在醫院住了幾夜？

i. 到達醫院的日期： _____

ii. 出院日期： _____

b. 您當時是否需要以下治療手段？

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

用於核查醫療記錄

醫師姓名 / 診所 / 醫院的名稱 _____

醫師 / 診所 / 醫院的地址 _____

聯絡電話 _____



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

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

↳ 請具體說明此「其他」選項: _____

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

- 是 →
- 否

若選擇「是」：

a. 您的康復花了多長時間？ _____ 天

Continue to next page



If yes to Q7:

對於已經從COVID-19 新冠肺炎相關症狀中恢復的參與者

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

Skip to question 9



**COVID-19
Questionnaire**

If no to Q7:

若回答「否」：您還沒有從COVID-19 新冠肺炎中康復：

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