



ลับ

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

พ.ศ. 2550

ชุดที่.....ในจำนวน.....ชุดของครัวเรือนนี้

เดือนที่ปฏิบัติงาน.....

สอส.
(แบบแจงนับ)

ก. สถานที่ตั้งของครัวเรือน

(บันทึกในสำนักงาน)

1. ภาค.....
2. จังหวัด.....
3. อำเภอ / เขต.....
4. ตำบล / แขวง.....
5. ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล
6. เขตแจงนับที่.....
7. ชุมรวมอาคาร / หมู่ที่.....
ชื่อหมู่บ้าน.....
บ้านเลขที่.....ถนน.....
8. ชื่อหัวหน้าครัวเรือน.....

REG

CWT

AMP

TMB

AREA

ED

BLK / VIL

PSU_NO

HH_NO

ข. สรุปผลการสัมภาษณ์ครัวเรือน

ENU

ขั้นแจงนับ	ขั้นแจงนับ	รหัส
ได้ข้อมูล	- ได้ข้อมูล.....	1
	- ได้ข้อมูลครัวเรือนใหม่ ที่อยู่แทนครัวเรือนตัวอย่างเดิม.....	2
	- บ้านหรือถนน ไฟไหม้.....	3
	- บ้านว่าง.....	4
ไม่ได้ข้อมูล	- ได้ข้อมูล.....	5

รหัส	
แจงนับไม่ได้ข้อมูล - ไปสามครั้งไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์.....	6
- ไม่ให้ความร่วมมือ.....	7
- สาเหตุอื่น ๆ เช่น ทำบ้านไม่พบ น้ำท่วม (ระบุ).....	8

ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมด.....ชั่วโมง.....นาที

ลงชื่อ.....

(พนักงานแจงนับ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550

ลงชื่อ.....

(พนักงานบรรณานุกรมและลงรหัส)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550

ตรวจแล้ว ลงชื่อ.....

(สถิติจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย / เจ้าหน้าที่บริหารงานสถิติ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข

ก. ความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (เฉพาะการป่วยที่ *ไม่* ต้องนอนโรงพยาบาล)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน HW8				
<p>"ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)... มี อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหรือไม่?" (รวมการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ)</p> <p style="text-align: center;">บันทึกรหัส</p> <p>ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย.....1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ป่วย.....2 (ข้ามไปถาม HW24)</p>	<p>"ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)... มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายกี่ครั้ง?"</p> <p style="text-align: center;">ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ป่วย</p> <p>ถ้าป่วยตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป ให้บันทึก "8"</p>	<p>"ถ้าป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้าย..... (ชื่อ)... ป่วยเป็นโรคอะไรหรือมีอาการอย่างไร?"</p> <p style="text-align: center;">ให้บันทึก ชื่อโรค (ถ้าทราบ) หรืออาการของโรคที่ป่วยครั้งสุดท้าย</p> <p>เพียงชื่ออาการเดียว เช่น หลอดลมอักเสบ ใช้หวัด โรคกระเพาะ โรคลำไส้อักเสบ ท้องเดิน ใช้เลือดออก โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ</p>	<p>"ใครเป็นผู้บอกว่า... (ชื่อ)... ป่วยเป็นโรค..... (ชื่อโรคที่ระบุใน HW10).....?"</p> <p style="text-align: center;">บันทึกรหัส</p> <p>รู้ด้วยตนเอง.....1</p> <p>ญาติ / เพื่อน / เพื่อนบ้าน.....2</p> <p>หมอที่บ้าน / หมอแผนโบราณ.....3</p> <p>อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.).....4</p> <p>เจ้าหน้าที่สถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน...5</p> <p>แพทย์โรงพยาบาลของรัฐ.....6</p> <p>แพทย์ที่คลินิก / โรงพยาบาลเอกชน...7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....8</p>	<p>"ในการป่วยครั้งสุดท้าย.... (ชื่อ)... ป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวันหรือไม่?"</p> <p style="text-align: center;">บันทึกรหัส</p> <p>หยุด.....1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่หยุด.....2 (ข้ามไปถาม HW14)</p>	<p style="text-align: center;">ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน HW12</p> <p>"ถ้าต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน... (ชื่อ)... หยุดนานกี่วัน?"</p> <p style="text-align: center;">บันทึกจำนวนวันที่ต้องหยุดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการป่วยครั้งสุดท้าย</p> <p>ถ้าป่วยและหยุดกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ก่อน 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ให้นับจำนวนวันที่หยุดติดต่อกัน</p>
HW8	HW9	HW10	HW11	HW12	HW13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ข. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (คนไข้ใน)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน HW24			
<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)...เคยป่วยจนต้องนอนในสถานพยาบาล (รวมทั้งการคลอดบุตร) หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เคย.....1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่เคย.....2 (ข้ามไปถาม HW36)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)...ป่วยจนต้องนอนในสถานพยาบาลกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล</p> <p>ถ้าเข้าพักรักษาตั้งแต่ 98 ครั้งขึ้นไป ให้บันทึก "98"</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลใด?"</p> <p>บันทึกได้มากกว่า 1 คำตอบแต่ไม่เกิน 3 คำตอบ</p> <p>ตามลำดับครั้งที่เข้าพักรักษา</p> <p>(ถ้าเข้าพักรักษาเกิน 3 ครั้ง ให้บันทึกรายละเอียดของสถานพยาบาลที่เข้าพักรักษา 3 ครั้งสุดท้าย)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน (ระบุชื่อ).....1</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ (ระบุชื่อ).....2</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย (ระบุชื่อ).....3</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ (ระบุชื่อ).....4</p> <p>โพลีคลินิกเอกชน.....5</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน (ระบุชื่อ).....6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....7</p>		
HW24	HW25	คำตอบที่ 1 HW26	คำตอบที่ 2 HW27	คำตอบที่ 3 HW28
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ข. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (คนไข้ใน) (ต่อ)

ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน HW24

<p>"...(ชื่อ)...ป่วยจนต้องนอนสถานพยาบาลครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร?"</p> <p>ให้บันทึกชื่อโรคที่ป่วย จนต้องเข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย</p> <p>ถ้าคลอตอบตร ให้บันทึก "คลอตอบตร"</p>	<p>"ทำไม.....(ชื่อ).....จึงเลือกเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลสุดท้าย?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกที่กรหัส</p> <p>เลือกใช้ตามระบุในประกันสังคม /</p> <p>บัตรทอง.....1</p> <p>ได้รับการส่งต่อจาก ร.พ.....2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ใกล้ /</p> <p>เดินทางสะดวก.....3</p> <p>บริการรวดเร็ว ทันใจ.....4</p> <p>ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง.....5</p> <p>มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ.....6</p> <p>มีเครื่องมือแพทย์ทันสมัย.....7</p> <p>เข้ารักษาฉุกเฉิน.....8</p> <p>มีฐานะยากจน.....9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....10</p>	<p>"...(ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลสุดท้ายเป็นเวลากี่วัน?"</p> <p>ถ้าเข้าพักรักษาตั้งแต่ 98 วันขึ้นไป ให้บันทึก "98"</p>	<p>"ค่าใช้จ่ายสำหรับพาหนะไปและกลับทั้งหมดที่...(ชื่อ)...จ่ายในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลสุดท้ายเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับการรับ - ส่งผู้ป่วย</p> <p>ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณเหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น</p>
HW29	HW30	HW31	HW32

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ค. การรับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์

ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน HW36		ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 8 ใน HW42
<p>"ค่าบริการทันตกรรมที่.....(ชื่อ).....จ่ายในการรับบริการครั้งสุดท้ายรวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p style="text-align: center;">ให้บันทึกจำนวนเงิน (หน่วยเป็นบาท)</p> <p>ถ้ารับบริการฟรี หรือเบิกจากหน่วยงานได้ทั้งหมด ให้บันทึก "0"</p> <p>ถ้าต้องจ่ายส่วนเกินจากที่เบิกจากหน่วยงานได้ ให้บันทึก เฉพาะส่วนที่จ่ายเกิน</p>	<p>"ในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ได้ใช้สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิหรือไม่?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการ.....0</p> <p>มีและใช้สวัสดิการ ที่จัดโดย</p> <p> บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)</p> <p> ประเภทมี พ. (ไม่เสีย 30 บาท).....1</p> <p> ประเภทไม่มี พ. (เสีย 30 บาท).....2</p> <p> ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน.....3</p> <p> สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ.....4</p> <p> สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง.....5</p> <p> ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน.....6</p> <p> อื่น ๆ (ระบุ).....7</p> <p style="text-align: center;">(ถ้าบันทึกรหัส 0 - 7 ข้ามไปถาม RB1)</p> <p>มีสวัสดิการ แต่ไม่ใช้.....8</p> <p style="text-align: center;">(ถามต่อไป)</p>	<p>".....(ชื่อ).....ไม่ใช้สิทธิที่มีเพราะเหตุใด?"</p> <p style="text-align: center;">ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย.....1</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน.....2</p> <p>เดินทางไม่สะดวก.....3</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล.....4</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการของสถานพยาบาลที่มีสิทธิ.....5</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ.....6</p> <p>ซ้ำ รอนาน.....7</p> <p>ไม่แน่ใจในคุณภาพบริการ.....8</p> <p>ไม่แน่ใจในคุณภาพยา.....9</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ.....10</p> <p>บุคลากรใน รพ.ดู / เจ้าหน้าที่ที่พูดไม่ไพเราะ.....11</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล.....12</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย.....13</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิ.....14</p> <p>สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม.....15</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....16</p>
HW41	HW42	HW43

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ตอนที่ 4 การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ

ถามทุกคน		ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 3-5 ใน RB1					
ลำดับที่	<p>"ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์.....(ชื่อ).....เคยได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เคย.....1</p> <p>เคยและไม่หยุดกิจวัตรประจำวันและไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาล.....2</p> <p>ได้รับการรักษาพยาบาล.....3</p> <p>เคยและหยุดกิจวัตรประจำวันและไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาล.....4</p> <p>ได้รับการรักษาพยาบาล.....5</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1 หรือ 2 ข้ามไปถาม RB8)</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 3 - 5 ถามต่อไป)</p>	<p>"การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่....(ชื่อ)....ได้รับ เกิดจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ไม่เกิน 3 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>พลัดตกหกล้ม.....1</p> <p>ของมีคมบาด / ทิ่ม / แหว่ง.....2</p> <p>ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก.....3</p> <p>การชน / กระแทก โดยวัตถุทั้งทางแนวราบ และแนวตั้ง.....4</p> <p>การตกจากที่สูง.....5</p> <p>อุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบก</p> <p>รถจักรยานยนต์ สามล้อเล็ก.....6</p> <p>รถยนต์ รถกระบะ รถตู้ รถบรรทุกเล็ก.....7</p> <p>รถบรรทุกขนาดใหญ่ รถยนต์โดยสารประจำทาง.....8</p> <p>อื่นๆ.....9</p> <p>ถูกสัตว์มีพิษกัดหรือต่อย / ถูกสัตว์ทำร้าย.....10</p> <p>ถูกทำร้ายร่างกาย.....11</p> <p>จากการเล่นกีฬา.....12</p> <p>จากการทำงาน.....13</p> <p>อื่นๆ (ระบุ).....14</p>			<p>"การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่....(ชื่อ)....ได้รับ เกิดขึ้นในสถานที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัสให้ตรงกับสาเหตุการบาดเจ็บใน RB2, RB3 และ RB4 ตามลำดับ</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ภายในบ้าน.....1</p> <p>บริเวณบ้าน.....2</p> <p>บนท้องถนน.....3</p> <p>ในทุ่งนา / ไร่.....4</p> <p>ในโรงงาน.....5</p> <p>ในสำนักงาน / ร้านค้า.....6</p> <p>ในโรงเรียน.....7</p> <p>ในแหล่งน้ำ.....8</p> <p>ที่สาธารณะ.....9</p> <p>อื่นๆ (ระบุ).....10</p>		
		คำตอบที่ 1	คำตอบที่ 2	คำตอบที่ 3	คำตอบที่ 1	คำตอบที่ 2	คำตอบที่ 3
SUB	RB1	RB2	RB3	RB4	RB5	RB6	RB7

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 5 การเป็นโรคเบาหวาน (ต่อ)		ตอนที่ 6 การเป็นโรคความดันโลหิตสูง	
ถามเฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ ด้วยตนเอง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			
ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน RB8 หรือ รหัส 1 ใน RB10		"...(ชื่อ)...เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่?"	
ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ใน RB8 หรือ รหัส 1 ใน RB10		"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยตรวจวัดความดันโลหิต หรือไม่?"	
<p>"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...ฉีดอินซูลินหรือรับประทาน ยารักษาโรคเบาหวานใช่หรือไม่?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ใช่.....1</p> <p>ไม่ใช่.....2</p>	<p>"ปัจจุบันแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ได้บอกหรือไม่ว่า...(ชื่อ)...มีภาวะน้ำตาล ในเลือดเป็นอย่างไร?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ระดับน้ำตาลปกติ.....1</p> <p>ระดับน้ำตาลสูง.....2</p> <p>ไม่รู้.....3</p> <p>ไม่ได้ไปพบแพทย์ / บุคลากร สาธารณสุขอื่น ๆ.....4</p>	<p>เป็น.....1</p> <p>ไม่เป็น.....2</p> <p>ไม่ทราบว่าเป็นหรือไม่เป็น.....3</p>	<p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>เคยตรวจและ ความดันโลหิตสูง.....1</p> <p>ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ.....2</p> <p>จำไม่ได้.....3</p> <p>ไม่รู้.....4</p> <p>ไม่เคยตรวจ.....5</p>
RB12	RB13	RB14	RB15
<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"/>
<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"/>

ตอนที่ 8 การตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ถามเฉพาะ *สตรี* ผู้ตอบสัมภาษณ์ *ด้วยตนเอง* ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

<p>"...(ชื่อ)...เคยได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เคย.....0</p> <p>(ข้ามไปถาม RB25)</p> <p>เคย ได้รับการตรวจในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา</p> <p>1 ครั้ง.....1</p> <p>2 ครั้ง.....2</p> <p>3 ครั้ง.....3</p> <p>4 ครั้ง.....4</p> <p>5 ครั้ง.....5</p> <p>มากกว่า 5 ครั้ง.....6</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 6 ถามต่อไป)</p> <p>เคยได้รับการตรวจมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา...7</p> <p>(ข้ามไปถาม RB25)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1 ถึง 6 ใน RB23</p> <p>"ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ...(ชื่อ)...ได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>น้อยกว่า 1 ปีที่ผ่านมา.....1</p> <p>มากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา.....2</p> <p>มากกว่า 2 ปีที่ผ่านมา.....3</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 3 ข้ามไปถาม RB26)</p> <p>มากกว่า 3 ปีที่ผ่านมา.....4</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 0, 7 ใน RB23 หรือ รหัส 4 ใน RB24</p> <p>"...(ชื่อ)...ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกเลยหรือไม่ได้ตรวจมากกว่า 3 ปีที่ผ่านมาเพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>คิดว่าไม่จำเป็น.....1</p> <p>ไม่เคยทราบว่าต้องตรวจ.....2</p> <p>ค่าใช้จ่ายแพง.....3</p> <p>ไม่มีความผิดปกติ.....4</p> <p>อายหมอ หรือบุคลากรสาธารณสุข.....5</p> <p>ไม่มีเวลา.....6</p> <p>กลัวดีการฯ ที่ได้รับไม่ครอบคลุม.....7</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข ให้ตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เคยได้รับคำแนะนำ.....1</p> <p>ไม่เคยได้รับคำแนะนำ.....2</p> <p>ไม่ขอตอบ.....3</p>
RB23	RB24	RB25	RB26

<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"/>
<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"/>

ตอนที่ 9 การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป)

"ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์	ถามเฉพาะผู้ที่บันทึกรหัส 1 ใน RB27		
...(ชื่อ)...เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายหรือไม่? บันทึกรหัส เล่น/ออกกำลังกาย.....1 (ถามต่อไป) ไม่เล่น/ไม่ออกกำลังกาย เพราะ ไม่สนใจ2 ไม่มีเวลา3 ไม่มีสถานที่เล่น.....4 ไม่มีอุปกรณ์กีฬา.....5 ทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้ว.....6 อื่นๆ (ระบุ)7 (ถ้าบันทึกรหัส 2 - 7 ข้ามไปบันทึก สคัมภ์ Response)	"ตามปกติ...(ชื่อ)...เล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกายประเภทใด?" ให้บันทึกประเภทการออกกำลังกาย ที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด บันทึกรหัส วิ่ง.....1 เดินแอโรบิค.....2 เดิน.....3 รำมวยปลง.....4 ไท้เก๊ก.....5 จี้กง.....6 โยคะ.....7 พิตเนส.....8 กีฬา.....9 อื่นๆ (ระบุ).....10	"ตามปกติ...(ชื่อ)...ใช้สถานที่ใดเล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกาย?" ให้บันทึกสถานที่ที่เล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกายบ่อยที่สุด บันทึกรหัส สนามกีฬาของสถานศึกษา.....1 สนามกีฬาของหน่วยราชการ.....2 สนามกีฬาของเอกชน.....3 บริเวณสถานศึกษา.....4 บริเวณที่ทำงาน.....5 บริเวณบ้าน.....6 บริเวณวัด มัสยิด โบสถ์.....7 สวนสาธารณะ สวนสุขภาพ.....8 ที่ว่าง/ลานอเนกประสงค์.....9 อื่นๆ (ระบุ).....10	"ตามปกติ.....(ชื่อ).....เล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกายโดยเฉลี่ยกี่วันต่อสัปดาห์?" บันทึกรหัส น้อยกว่า 3 วัน.....1 3 - 5 วัน.....2 6 - 7 วัน3 ไม่สม่ำเสมอ.....4
RB27	RB28	RB29	RB30

<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"/>
<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"/>

ตอนที่ 9 การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) (ต่อ)			ผู้ตอบสัมภาษณ์
ถามเฉพาะผู้ที่บันทึกรหัส 1 ใน RB27			
".....(ชื่อ)..... เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย โดยเฉลี่ยครั้งละกี่นาที?"	".....(ชื่อ)..... เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ติดต่อกันมานานเท่าใด?"	".....(ชื่อ)..... เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เพราะเหตุใด?"	บันทึกรหัส ตอบเอง.....1 ผู้อื่นตอบแทน.....2
บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	
น้อยกว่า 10 นาที.....1	ต่ำกว่า 1 เดือน.....0	อยากมีร่างกายแข็งแรง.....1	
10 - 20 นาที.....2	1 เดือน.....1	ลดน้ำหนัก.....2	
21 - 30 นาที.....3	2 เดือน.....2	คลายเครียด.....3	
31 - 60 นาที.....4	3 เดือน.....3	มีปัญหาลุขภาพ.....4	
มากกว่า 60 นาที.....5	4 เดือน.....4	เพื่อนชวน.....5	
	5 เดือน.....5	อื่นๆ (ระบุ).....6	
	6 เดือน.....6		
	7 เดือนขึ้นไป.....7		
RB31	RB32	RB33	Response
<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"/>
<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"/>