

心臟动脉粥样硬化多族裔調查
Follow-up Phone Call 5



Specific Medical Conditions



日期: / /
月 日 年

請就“健康概況”或“健康概況-死亡”表格中每個关于醫療狀況的回答是‘是’的題目來填寫這份表。如果參加者已經去世，請把以下所有問題里的‘您’改成去世者的名字。

您說一位醫生或其他醫療專業人士告訴您，您有 _____ [讀並在以下曾報告過的特有身體狀況上打記號]:

- 心肌梗塞或心臟病發作
- 由於心臟病而造成的心絞痛或胸口痛
- 心力衰竭或充血性心力衰竭
- 周邊血管疾病，由於動脈堵塞引起腿部疼痛或間歇性跛行
- 心房纖顫
- 深靜脈血栓或腿部血管栓塞
- 短暫腦血管缺血 (TIA) 或輕微中風
- 中風 _____ →
- 頸動脈梗塞
- 肺部不正常或小結
- 癌症，種類:

關於您由於中風而產生的症狀，您是否感覺已經完全康復?

- 是 否 不確定

在過去兩星期中，您需不需要一個人專門幫忙您的日常起居活動?

- 要 否 不確定

A. 給您看病的醫生的姓名和地址?

姓名: _____

地址: _____

B. 診斷的日期或住院日期?

(詢問準確的日期。如果參加者不記得準確日期，請參加者估計住院發生的月份和年份，記錄住院日子為15號。)

/ /
月 日 年

C. 自從我們與您上次電話聯繫後，您是否因為這種身體狀況曾經在醫院住了至少一個晚上?

是
↓
(繼續下頁的D部份)

- 否
 不確定

繼續詢問在“健康概況”或“健康概況-死亡”表下一種特別醫療狀況，並用另一份表進行詳細記錄。如果參加者再沒有其它特別醫療狀況，繼續詢問“健康概況”或“健康概況-死亡”表的下一問題。

D. 您能否告訴我每次您住院的日期和住在哪個醫院或醫療中心?
(探索確切日期。如果想不起確切日期, 叫參加者估計月份和年份, 將日子記錄為15號。)

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

	日期		醫院代號	住院期 (天數)
(1)	<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"/>
	月	日	年	

繼續詢問在“健康概況”或“健康概況-死亡”表中的下一種特別醫療狀況, 如果回答是是 請用另一份表進行詳細記錄。如果參加者再沒有其它特別醫療狀況, 繼續詢問“健康概況”或“健康概況-死亡”表中下一問題。

For MESA Field Center Use Only:			
Interviewer ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Reviewer ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Data Entry ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>