

Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis

Exam 5



Eye History

Interviewer Administered

Participant Id#:

Acrostic:

Date:

Month

Day

Year

眼視力病史是詢問有關您現在和過去的眼睛病史，以及使用眼藥品的歷史。該表的資料將有助於分析和了解視網膜照片。

1 有沒有眼科醫生告訴過您，您的眼睛有或者曾經有過白內障？

- ☐ 有 – 僅限於右眼
- ☐ 有 – 僅限於左眼
- ☐ 有 – 雙眼均有
- ☐ 有 – 不記得是哪一只眼睛

- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

➡ Skip to # 2

1a 您有沒有做過白內障手術？

- ☐ 有 – 僅限於右眼
- ☐ 有 – 僅限於左眼
- ☐ 有 – 雙眼均有
- ☐ 有 -- 不記得是哪一只眼睛

- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

➡ Skip to #2

1b 曾患白內障的眼睛甚麼時候做了第一次白內障手術？

右眼

年

或

- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

左眼

年

或

- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

2 在過去3個月或者更長時間裏，您有沒有經歷過，或被告知，您有乾眼症，令您感到眼睛裏有東西，癢，灼熱，感覺眼內有砂子？這些症狀並不是由過敏造成的

- ☐ 有 – 僅限於右眼
- ☐ 有 – 僅限於左眼
- ☐ 有 – 雙眼均有
- ☐ 有 -- 不記得是哪一只眼睛

- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

➡ Skip to # 3

2a 在過去3個月或更長的時間裏，您是否一直使用人造淚在您的乾燥眼睛？

- ☐ 有
- ☐ 沒有
- ☐ 不知道
- ☐ 拒絕回答

3 有沒有眼科醫生告訴過您，您有糖尿病，高血糖或尿裏有糖份？

- ☐ 有 – 確定是糖尿病
- ☐ 有 – 懷疑是糖尿病
或高血糖

- ☐ 沒有
☐ 不知道
☐ 拒絕回答

→ skip to #4

3a 您有沒有由於糖尿性視網膜病變而做過專對視網膜，即眼底之激光治療？

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於右眼 | <input type="radio"/> 沒有 |
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於左眼 | <input type="radio"/> 不知道 |
| <input type="radio"/> 有 – 雙眼均有 | <input type="radio"/> 拒絕回答 |
| <input type="radio"/> 有 – 不記得是哪一只眼睛 | |

3b 你是否因為糖尿病眼底病變曾有過眼 ▪ 注射？

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於右眼 | <input type="radio"/> 沒有 |
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於左眼 | <input type="radio"/> 不知道 |
| <input type="radio"/> 有 – 雙眼均有 | <input type="radio"/> 拒絕回答 |
| <input type="radio"/> 有 – 不記得是哪一只眼睛 | |

4 有沒有眼科醫生告訴過您，您有與年齡有關的黃斑變性？

- ☐ 有 – 僅限於右眼
- ☐ 有 – 僅限於左眼
- ☐ 有 – 雙眼均有
- ☐ 有 – 不記得是哪一只眼睛

- ☐ 沒有
☐ 不知道
☐ 拒絕回答

→ skip to #7

4a 您有沒有因黃斑變性做過激光治療？

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於右眼 | <input type="radio"/> 沒有 |
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於左眼 | <input type="radio"/> 不知道 |
| <input type="radio"/> 有 – 雙眼均有 | <input type="radio"/> 拒絕回答 |
| <input type="radio"/> 有 – 不記得是哪一只眼睛 | |

4b 你是否曾有過眼 ▪ 注射來治療 ▪ 斑變性？

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於右眼 | <input type="radio"/> 沒有 |
| <input type="radio"/> 有 – 僅限於左眼 | <input type="radio"/> 不知道 |
| <input type="radio"/> 有 – 雙眼均有 | <input type="radio"/> 拒絕回答 |
| <input type="radio"/> 有 – 不記得是哪一只眼睛 | |

5 您的視力評估(沒有眼鏡或隱形眼鏡的情況下)

- ☐ 極好 ☐ 完全看不見
☐ 好 ☐ 不知道
☐ 一般 ☐ 拒絕回答
☐ 不好

6 你是否曾有過激光矯正視力或屈光手術來治療近視？

- ☐ 有
☐ 沒有
☐ 不知道
☐ 拒絕回答

**Skip to
Section 3**

6a 哪一隻眼睛有過改進遠視力的手術？

- ☐ 只是右眼 ☐ 不知道
☐ 只是左眼 ☐ 拒絕回答
☐ 兩隻眼睛

7 您有沒有一位您可以去看眼的配鏡師或眼科醫生？

- ☐ 有
☐ 沒有
☐ 不知道
☐ 拒絕回答

➔ **Questionnaire
Completed**

7a 如果有，可否將他/她的名字和電話號碼寫下來？

Name

Telephone Number

 - -

For MESA Field Center Use Only:

Interviewer
ID:

Reviewer
ID:

Data Entry
ID: