



Take Charge Pre-Survey (Mandarin)
CCDPH Participant Information Form
健康自主管理工作坊 參加者信息調查

參加者號碼或是姓名 (name): _____ (please ask them to fill it out)

工作坊 Workshop ID : _____ 地點(ORG): _____

課程開始日期 (Start date): _____ 月(month) _____ 日(date) _____ 年(year) (例如 05/01/2023)

活動名稱 (program):

慢性病健康自主管理 (Take Charge of your Health) _____ 疼痛健康自主管理(Pain) _____ wCDSMP _____
糖尿病健康自主管理 (Take Charge of your Diabetes) _____ 癌症患者生活之道(Cancer) _____

1.您從哪裡聽到這堂課 (How did you hear about the class)?

醫生或醫療保險 (Physician) _____	健康展覽或社區活動 (Health fair) _____
保險公司 (Insurance Co.) _____	集體用餐/送餐的通知 (Congregate Meal) _____
社區團體 (Community) _____	訊息講座或報告 (information session) _____
照顧者(care Coordinator) _____	電郵 (email) _____
親朋好友 (Family/friends) _____	通訊或大眾媒體 (newsletter) _____
廣告傳單(flyer). _____	紙本廣告或報紙 (print newspaper) _____
臉書 (Facebook) _____	廣播或播客(Radio/ podcast) _____
Instagram _____	宗教場所 (Religious Institution) _____
推特 Twitter _____	
其他社交媒體 (social media) _____	其他 (Other) _____

2 您的家庭醫生或保健提供者是否建議參加這個項目 (Dr. Suggested Program)?

是(Y)_____ 否(N)_____

3 您今年多大年紀 (Age today)? _____

4 您是否自己居住 (Lives alone)? 是(Y)_____ 否(N)_____

5 您是否是拉丁裔 (Ethnicity)? 是(Y)_____ 否(N)_____

6.您屬於哪一族裔 (Race). 亞裔 (Asian)

美国印第安人 或阿拉斯加原住民 American Indian or Alaska Native	太平洋島嶼民族 Native Hawaiian or Pacific Islander
亞裔 Asian	白種人 White
黑人或非裔美國人 Black or African American	其他族裔,請說明 (others) _____

7 您的性別 (Gender)

☐	男(Man)
☐	女(Women)
☐	非二元性別 Non-binary
☐	其他 (請說明) (other, explain) _____
☐	不能回答 No answer

8 您是否覺的自己是變性 (transgender). 是 Yes 不是 No 不能回答 No answer

9 您的性別取向 (Sexual Orientation).

☐	同性戀 Lesbian or Gay	☐	其他(請說明) Different Term _____
☐	異性戀 Straight	☐	不能確認 Don't know
☐	雙性戀 Bisexual	☐	不能回答 Declined to answer
☐	非以上 Two-Spirit	☐	

10 您最高完成學校是哪個年級 (Education Level)? (最高的學歷)

☐	一些小學, 初中或高中 (Some Elementary school, middle or High School)	☐	一些大專或技術學校 (Some college or technical school)
☐	高中畢業或普通教育發展證書 (High School graduate or GED)	☐	大學畢業或更進階 (College (4 years or above)

11 您曾在軍隊服役嗎 (Military)? 是(Y)_____ 否(N)_____

12 過去一年, 您是否向一位有長期健康問題或殘疾的朋友或家人提供定期的護理或協助 (Caregiver)? 是(Y)_____ 否(N)_____

13 總的來說, 您認為您的健康 (Health in general) :

☐ 好極了(Excellent) ☐ 很好 (Very good) ☐ 好(Good) ☐ 還行 (Fair) ☐ 差(Poor)

14 衛生保健提供者是否曾告訴您,您有以下任何慢性疾病症狀? (Chronic Conditions)

	是 Y	否 N		是 Y	否 N
阿茲海默症 Alzheimer's Disease or other Dementia			慢性疼痛 Chronic Pain		
焦慮症 Anxiety Disorder			抑鬱 Depression		
關節炎/風濕病 Arthritis Disease			糖尿病 (血糖高) Diabetes		
哮喘/肺氣腫或其他慢性呼吸或肺部疾病 Asthma/Emphysema/other Chronic Breathing or lung Problem			心臟疾病 Heart Disease		
癌症或癌症倖存者 Cancer/Cancer survivor			高膽固醇 High Cholesterol		

	是 Y	否 N		是 Y	否 N
高血壓 High Blood Pressure			精神分裂症或其他精神疾病 Schizophrenia or other Psychotic Disorder		
腎 病 Kidney Disease			中風 Stroke		
營養不良 Malnutrition			藥物成癮 Substance Use Disorder		
肥胖症 Obesity			尿失禁 Urinary Incontinence		
骨質疏鬆症 Osteoporosis (Low Bone Density)			其他慢性疾病 Other Chronic Condition		
Post-traumatic					

15 依據問題，請在框框裡勾選您的答案

	是 Y	否 N
a. 您是否失聰或者有嚴重聽力障礙(Deaf/serious Difficulty Hearing)?		
b. 您有否失明或有嚴重視力障礙? 即便戴着眼鏡? (Blind/serious difficult seeing)		
c. 行走或爬樓梯是否嚴重困難? 是(Y)_____ 否(N)_____ (Ambulatory)		
d. 自己穿衣或洗澡是否有困難? 是(Y)_____ 否(N)_____ (Self-care)		
e. 因為身體，心理或情緒上的情況，您是否有集中精力，記憶或做出決定有嚴重困難? (Cognitive)		
f. 獨力做一些雜事比如自己去看病或購物是否有困難? (Errands)		

16 您多久一次感到孤單? (Lonely)

How often do you feel lonely?

總是_____ 經常_____ 有時候_____ 很少_____ 從未_____

(Always) (Often) (Sometimes) (Rarely) (Never)

17 您多久一次感到與周圍的人隔絕? (Isolated)

How often do you feel lonely or isolated from those around you?

總是_____ 經常_____ 有時候_____ 很少_____ 從未_____

(Always) (Often) (Sometimes) (Rarely) (Never)

18. 對您能管理自己的健康情況，按照自己的需求和願望去生活，您的信心度多高?

How sure are you that you can manage your condition so you can do the things you need and want to do?
(Manage Condition)

完全沒信心 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全有信心

(Totally Unsure) (Totally Sure)