

最近一個月家居範圍內吸煙狀況問卷

以下問題的目標是為儘可能詳細地了解最近一個月家居範圍內的吸煙狀況。希望您儘可能詳細地給出工作日和假日當中有多少香煙被吸食。並儘量給出在下面所列的場合吸煙者的吸煙頻率。也請給出吸煙者在下面所列的場合吸煙對他有多麼重要。

1. 最近一個月您的家居範圍內共有多少人吸煙？

(家居範圍包括居室內以及陽臺, 露臺和庭院等外圍地帶).

2. 最近一個月在您的家居範圍內所有吸煙者每日所吸香煙的總數大約是多少？

(所有住在您家里的人, 包括親屬, 朋友或其他拜訪者都要計算在內)

工作日		假日	
0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
1-5	<input type="checkbox"/>	1-5	<input type="checkbox"/>
6-10	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>	11-15	<input type="checkbox"/>
16-20	<input type="checkbox"/>	16-20	<input type="checkbox"/>
21-40	<input type="checkbox"/>	21-40	<input type="checkbox"/>
41-60	<input type="checkbox"/>	41-60	<input type="checkbox"/>
多于 60	<input type="checkbox"/>	多于 60	<input type="checkbox"/>

3. 您家中是否有人吸食煙斗, 阿拉伯水煙, 雪茄或方頭雪茄?

沒有 有

每天大約吸食多少? _____

4. 轎車里或家中, 在以下場合吸煙的吸煙者(拜訪者也要計算在內)其吸煙頻度是多少?(在每一行所選定的方框內劃叉, 謝謝!)

	每天 若干 次	每天 一次	每週 至少 一次	每月 至少 一次	從來沒有 或每個月 少于 一次
在室內的某個地方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在飯桌邊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電視機前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在露天陽臺上/敞開的門外或者敞開的 窗戶前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在廚房的抽風機邊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在關上的屋門外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在關上的屋門外並於返回後 更換衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在轎車里	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

家裡的其它地方, 比如說:

5. 您家裡的吸煙者可以在下列場合吸煙對他很重要嗎?

(在每一行所選定的方框內劃叉, 謝謝!)

	非常重要	也許重要	不重要
在室內的某個地方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在飯桌邊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電視機前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在露天陽臺上/敞開的門外或者敞開的窗戶前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在廚房的抽風機邊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在關上的屋門外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在關上的屋門外並於返回後 更換衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在轎車里	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家裡的其它地方, 比如說:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 家中目前的吸煙狀況已持續多久?

(也就是說一直有相同數量的人在吸煙, 他們吸煙的數量與現在相同並會在與現在同樣的場合吸煙)。

6 個月 12 個月 多于 12 個月

7. 孩子的祖父母或外祖父母是否吸煙?

外祖母 外祖父 祖母 祖父

8. 您的孩子(在居家以外)置身於吸煙環境的頻繁度是多少?

從未 很少 每週 每天

如有置身吸煙環境的情況, 地點在哪裡?

(可給出一個以上的答案)

9. 您是否願意對您所描述的狀況作出某些改變以保護您的孩子免于被動吸煙?

是的, 當然 是的, 也許 不會

10. 您的意見:

