

2024 年随访问卷 · 中文译本

2024 Health Professionals Follow-Up Study Questionnaire (Harvard T.H. Chan School of Public Health)

原始文件: US-Harvard-HPFS-FFQ-2024-long.pdf | 中文译本: Scout 整理 · 2026-09-22 | 仅供研究学习参考

填写说明: 请用铅笔作答, 将所选选项圆圈/方框涂满。问卷由光学扫描设备读取, 请将书写内容控制在指定空格内, 并彻底擦除错误标记。题号旁的编码 (如 12、14) 为扫描定位用, 非作答内容。

[译注] 本文件为 HPFS 男性队列 2024 年随访问卷 (健康状况、用药、生活方式), 逐题对译; 不含食物频率清单 (食物频率表见 HPFS 另发的半定量 FFQ)。品牌/商品名与变量编码保留英文原名。版权归 Harvard College 所有。

1 您目前的体重是多少? (磅, POUNDS)

☐ ☐ ☐ 磅 ☐ ☐ ☐ 磅

2 这是您正确的出生日期吗?

☐ 是 ☐ 否

若否, 请填写正确的出生日期: 月 ☐ ☐ 日 ☐ ☐ 年 ☐ ☐ ☐ ☐

3 您目前吸烟吗? (不含烟斗或雪茄)

☐ 否 ☐ 是 每天多少支? ☐ 1-4 ☐ 5-14 ☐ 15-24 ☐ 25 支及以上/天

4 过去两年内, 您是否做过前列腺癌 PSA 检测?

☐ 否 ☐ 是, 因有症状 ☐ 是, 因常规筛查

若是, 您的 PSA 水平是多少? ☐ <2 ☐ 2-2.9 ☐ 3-3.9 ☐ 4-5.9 ☐ 6-7.9 ☐ 8-9.9 ☐ 10-14.9 ☐ 15+ ☐ 升高但数值不明 ☐ 正常但数值不明 ☐ 不知道

5 过去两年内, 您是否非有意地体重下降 (如因疾病、压力或抑郁)?

☐ 否 ☐ 是 下降多少磅? ☐ <5 磅 ☐ 5-9 磅 ☐ 10-14 磅 ☐ 15-19 磅 ☐ 20+ 磅

6 您是否饲养/照料以下动物? (可多选)

☐ 狗 ☐ 猫 ☐ 兔 ☐ 鹦鹉/其他鸟类 ☐ 马 ☐ 家畜 ☐ 其他动物 ☐ 不养动物

7 过去两年内，您是否做过以下检查？（如是，请勾选所有适用项）

检查项目	否	是，为筛查	是，因症状
体格检查？	☐	☐	☐
眼科医生检查？	☐	☐	☐
前列腺活检？	☐	☐	☐
空腹血糖检测？	☐	☐	☐
上消化道内镜（EGD）？	☐	—	☐
Cologuard（粪便 DNA 检测）？	☐	—	☐
粪便潜血或免疫化学（FIT）检测？	☐	—	☐
结肠镜检查？	☐	—	☐
乙状结肠镜检查？	☐	—	☐

若做了结肠镜或乙状结肠镜，最初的原因是什么？（可多选）

- ☐ 可见出血
- ☐ 腹泻/便秘
- ☐ 粪便潜血检测
- ☐ 粪便或大便 DNA 检测（如 Cologuard）
- ☐ 钡灌肠
- ☐ 结肠癌家族史
- ☐ 腹痛
- ☐ （虚拟）CT 结肠镜随访
- ☐ 既往息肉或既往癌症
- ☐ 无症状或常规筛查

8 过去两年内，您是否曾发生需要住院或输血的消化道出血？

- ☐ 否
- ☐ 是
- 出血部位是？
- ☐ 食管
- ☐ 胃
- ☐ 十二指肠
- ☐ 结肠/直肠
- ☐ 其他
- ☐ 部位不明

9 过去两年内，您是否发生过以下情况：

- a) 经临床医生诊断的憩室炎（非憩室病）？

☐ 是

若是，您是否……

☐ 需要住院？

☐ 需要手术？

☐ 出现脓肿？

☐ 否

☐ 需要抗生素？

☐ 做过 CT 检查？

☐ 发作超过一次？
- b) 需要输血和/或住院的憩室出血？

☐ 否

☐ 是
- c) 结肠憩室病（无憩室炎或憩室出血）？

☐ 否

☐ 是

10 您多久使用一次泻药（如软化剂、纤维补充剂或栓剂）？

- ☐ 从不
- ☐ 每月不到 1 次
- ☐ 每月 1–3 次
- ☐ 每周 1 次
- ☐ 每周 2–3 次
- ☐ 每周 4–5 次
- ☐ 每天
- ☐ 每天 2 次以上

11 您的排便频率如何？

- ☐ 每天两次以上
- ☐ 每天两次
- ☐ 每天一次
- ☐ 隔天一次
- ☐ 每 3–4 天一次
- ☐ 每 5 天或更久一次

12 自 2022 年 1 月 1 日起，您是否患有以下任何经临床医生诊断的疾病？

☐ 「否」请留空；☐ 「是」请在此标记。诊断年份：2022 年前 / 2022 / 2023 / 2024

疾病（左栏 1-24）	是	2022前	2022	2023	2024	#	疾病（右栏 25-48）
前列腺增大，经药物、手术或激光治疗	☐	☐	☐	☐	☐	1	骨关节炎
前列腺癌	☐	☐	☐	☐	☐	2	骨质疏松症
肾癌	☐	☐	☐	☐	☐	3	椎体（脊柱）骨折，经 X 光确认
膀胱癌	☐	☐	☐	☐	☐	4	髌部骨折
结肠或直肠息肉（良性）	☐	☐	☐	☐	☐	5	髌关节置换
结肠癌或直肠癌	☐	☐	☐	☐	☐	6	膝关节置换
白血病或淋巴瘤	☐	☐	☐	☐	☐	7	抑郁，经临床诊断
黑色素瘤	☐	☐	☐	☐	☐	8	青光眼
皮肤癌（非黑色素瘤）	☐	☐	☐	☐	☐	9	视网膜黄斑变性
其他癌症 请注明部位与年份：_____	☐	☐	☐	☐	☐	10	白内障摘除
糖尿病	☐	☐	☐	☐	☐	11	哮喘
胆固醇升高	☐	☐	☐	☐	☐	12	肺气肿或慢性支气管炎（COPD）
高血压	☐	☐	☐	☐	☐	13	帕金森病
心肌梗死（心脏病发作） 此次心梗是否住院？ ☐ 否 ☐ 是	☐	☐	☐	☐	☐	14	ALS（肌萎缩侧索硬化）
心绞痛 是否经血管造影确认？ ☐ 否 ☐ 是	☐	☐	☐	☐	☐	15	阿尔茨海默病或其他类型痴呆
冠状动脉搭桥、血管成形术或支架	☐	☐	☐	☐	☐	16	慢性病毒性肝炎（乙型或丙型）
充血性心力衰竭	☐	☐	☐	☐	☐	17	肾结石
卒中	☐	☐	☐	☐	☐	18	溃疡性结肠炎，或克罗恩病，或显微镜下结肠炎
TIA（短暂性脑缺血发作）	☐	☐	☐	☐	☐	19	胃/十二指肠溃疡
外周动脉疾病或腿部间歇性跛行（非静脉曲张）	☐	☐	☐	☐	☐	20	巴雷特食管
颈动脉手术（内膜剥脱术）	☐	☐	☐	☐	☐	21	胆囊切除
肺栓塞或深静脉血栓	☐	☐	☐	☐	☐	22	脂肪肝病 是否经肝活检确认？ ☐ 否 ☐ 是
心房颤动	☐	☐	☐	☐	☐	23	肝硬化
痛风	☐	☐	☐	☐	☐	24	自 2022 年 1 月以来其他重大疾病或手术 请注明：_____ 日期：_____

13 常规用药（过去两年内如规律使用请标记）

镇痛药

☐ 对乙酰氨基酚（如 Tylenol）	每周天数： ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6+ 天	每周总片数： ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-14 ☐ 15+ 片
☐ 低剂量阿司匹林（每片 100mg 或更少）	每周天数： ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6+ 天	每周总片数： ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-14 ☐ 15+ 片
☐ 阿司匹林或含阿司匹林产品（每片 325mg 或更多）	每周天数： ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6+ 天	每周总片数： ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-14 ☐ 15+ 片
☐ 布洛芬（如 Advil、Motrin、Nuprin）	每周天数： ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6+ 天	每周总片数： ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-14 ☐ 15+ 片
☐ 其他抗炎镇痛药，每周 2 次以上（如 Aleve、Naprosyn、Celebrex、Clinoril、Relafen）		

其他常规用药

☐ 噍嗪类利尿剂 ☐ Lasix（呋塞米）	☐ 口服类固醇（如 prednisone、Decadron、Medrol）
☐ 钙通道阻滞剂 ☐ β 受体阻滞剂	☐ 良性前列腺增生 α 受体阻滞剂（如 tamsulosin（Flomax）、terazosin）
☐ ACE 抑制剂（如 lisinopril、enalapril、benazepril）	☐ 处方记忆减退药物（如 Aricept、Exelon、Namenda、Namzaric、Aduhelm）
☐ 血管紧张素受体阻滞剂（valsartan、losartan、irbesartan）	☐ 非处方记忆药物
☐ Spironolactone ☐ Eplerenone ☐ Finerenone	☐ 抗抑郁药（如 SSRI、SNRI、三环类）
☐ 其他抗高血压药（如 clonidine、doxazosin）	☐ 苯二氮草类（如 Valium、alprazolam、lorazepam）
☐ 华法林（Coumadin） ☐ Pradaxa、Xarelto、Eliquis、Savaysa	☐ Prilosec、Nexium、Prevacid、Protonix、Aciphex
☐ 抗血小板药（如 Plavix、Effient、Brilinta）	☐ H2 受体阻滞剂（如 Pepcid、Tagamet、Zantac、Axid）
☐ Digoxin（地高辛） ☐ 抗心律失常药	☐ 钾竞争性酸阻滞剂（如 vonoprazan）
☐ Fosamax、Actonel 或其他双膦酸盐	
☐ β 受体激动剂吸入剂（如 albuterol、Ventolin、Maxair）	
☐ Finasteride（Proscar） ☐ Propecia ☐ Avodart	
☐ 处方助眠药（如 Ambien、Sonata、Lunesta）	
☐ 褪黑素 剂量？ ☐ 1mg 或更少 ☐ 2-5mg ☐ 6-10mg ☐ 10mg 以上 ☐ 不清楚	
☐ 非处方助眠药	
☐ 其他常规用药（无需注明具体药名）	

降脂药（可多选）

☐ 他汀类（如 atorvastatin、rosuvastatin、simvastatin）	☐ 胰岛素
☐ PCSK9 抑制剂（Praluent、Repatha、Leqvio）	☐ 二甲双胍（如 glucophage）

☐ Ezetimibe (Zetia)	☐ SGLT2 抑制剂 (如 Jardiance、Farxiga、Invokana)
☐ 其他降脂药 (如 fenofibrate、cholestyramine)	☐ DPP4 抑制剂 (Januvia、Onglyza、Tradjenta、Nesina)
☐ GLP-1 激动剂 (如 Ozempic、Wegovy、Rybelsus、Victoza、Trulicity)	☐ GLP-1/GIP 激动剂 (如 Mounjaro)
☐ 非处方减肥药	

14 您目前的婚姻状况：

☐ 已婚 ☐ 离异/分居 ☐ 丧偶 ☐ 从未结婚

15 您目前的居住安排：（可多选）

☐ 独居 ☐ 与配偶/伴侣同住 ☐ 与其他家人同住 ☐ 与宠物同住 ☐ 其他
☐ 生活辅助机构 ☐ 养老院 ☐ 面向 55 岁以上人群的老年/退休住宅或社区

16 您是否有平衡方面的困难？

☐ 否 ☐ 偶尔 ☐ 经常

17 您通常是否使用手杖、助行器或轮椅/代步车？（可多选）

☐ 否 ☐ 手杖 ☐ 助行器 ☐ 轮椅/代步车 ☐ 无法行走

18 您在户外通常的步行速度是？

☐ 无法行走 ☐ 轻松、随意（低于 2 mph） ☐ 正常、一般（2–2.9 mph） ☐ 轻快（3–3.9 mph） ☐ 非常轻快/大步走（4 mph 或更快）

19 过去一年内，您平均每周花在以下各项休闲活动上的时间是？（每周时长）

活动	无	1-4分钟	5-19分钟	20-59分钟	1 小时	1-1.5小时	2-3小时	4-6小时	7-10小时	11+小时
步行锻炼，或为通勤、办事而步行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
慢跑（慢于每英里 10 分钟）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
跑步（每英里 10 分钟或更快）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
骑自行车：固定式健身车 强度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
骑自行车：户外、与车流分隔（如自行车道） 强度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
骑自行车：户外公路骑行 强度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
匹克球、网球、壁球或短柄墙球 拍类运动强度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
泳池游泳（往返泳） 游泳强度： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他有氧运动（如有氧舞蹈、滑雪机或爬楼机等）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
较低强度运动（如瑜伽、拉伸、塑形）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他剧烈活动（如割草）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
力量训练或抗阻运动（含自由重量或抗阻器械）——手臂负重	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
力量训练或抗阻运动（含自由重量或抗阻器械）——腿部负重	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20 过去一年内，您平均每周花多少小时于以下活动？（每周时长）

活动	无	1 小时	2-5 小时	6-10 小时	11-20 小时	21-40 小时	41-60 小时	61-90 小时	90 小时以上
在工作场所或外出时站立或走动？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在家中站立或走动？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在工作场所或外出时、或开车时坐着？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在家中看电视/DVD/电影时坐着？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在家中其他坐着的时间（如阅读、用餐、伏案）？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21 您是否因身体功能障碍而难以爬一层楼梯或步行八个街区？

☐ 否 ☐ 是

22 您每天爬多少层楼梯（非台阶数）？（不含在爬楼机或健身器械上的时间）

☐ 不爬楼梯 ☐ 1-2 层 ☐ 3-4 层 ☐ 5-9 层 ☐ 10-14 层 ☐ 15 层或更多

23 过去一年内，您是否曾摔倒并整个身体摔到地面？

☐ 否☐ 是

a) 您摔倒了多少次？☐ 1-2☐ 3-4☐ 5-10☐ >10

b) 您是否曾因摔倒受伤？（即瘀伤、割伤、关节肿胀或骨折。）☐ 否☐ 是

24 您的配偶（或同床伴侣）是否曾告诉您，您在睡觉时似乎会「表演梦境」（在空中挥拳或乱打、喊叫或尖叫），且有 3 次或以上？

☐ 否☐ 是☐ 我没有同床伴侣

25 您是否有嗅觉方面的问题，例如持续至少 3 个月闻不到气味，或气味闻起来不对劲？（不含新冠相关的嗅觉改变。）

☐ 否☐ 是

您有哪种问题？☐ 嗅觉丧失☐ 气味闻起来不对劲☐ 不清楚

26 过去一年内，您多久出现一次烧心（胃灼热）或胃酸反流？

☐ 过去一年内没有☐ 每月不到 1 次☐ 约每月 1 次☐ 约每周 1 次☐ 每周数次☐ 每天

27 过去一年内，您是否因便秘或腹泻而困扰至少 12 周（无需连续）？

☐ 否☐ 是，腹泻☐ 是，便秘

若是，您的排便是否伴有腹痛？☐ 否☐ 是

28 您是否曾患有以下情况：（可多选）「否」请留空，「是」请标记

项目	是	2004前	2004–2007	2008–2011	2012–2017	2018–2019	2020–2021	2022	2023	2024+
带状疱疹（Shingles）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
带状疱疹疫苗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
流感疫苗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
减重手术	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
晕厥（短暂意识丧失/昏倒）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

若过去两年内发生晕厥，是否因此受伤？☐ 否☐ 是

29 您是否曾被诊断为 COVID-19 或检测出 COVID-19 阳性？

☐ 否☐ 是

a) 您感染 COVID-19 的次数？☐ 一次☐ 两次☐ 三次☐ 四次或更多

b) 您是否曾因 COVID-19 住院？☐ 是☐ 否

c) 您是否有任何长期 COVID-19 症状（持续 4 周以上）？☐ 否☐ 是

您经历过以下哪些长期 COVID-19 症状？

☐ 疲乏☐ 气短或呼吸困难☐ 持续咳嗽☐ 肌肉、关节或胸痛☐ 嗅觉和味觉问题

☐ 意识混乱、定向障碍、「脑雾」☐ 记忆问题☐ 抑郁、焦虑、情绪改变☐ 心悸☐ 身体任何部位皮疹、水疱或风团

☐ 头痛☐ 间歇性发热☐ 口腔或舌溃疡☐ 耳鸣☐ 其他症状

30 关于您过去一年的饮食习惯……

陈述	从不/ 很少	有时	经常	通常/ 总是
进食时，我充分觉察到食物的气味和味道（如温度、口感等）。	☐	☐	☐	☐
吃饱时我会停止进食，即使盘子里还有食物。	☐	☐	☐	☐
我想吃什么就吃什么，想什么时候吃就什么时候吃。	☐	☐	☐	☐
进食时，我会同时做别的事情（如阅读、看电视、开车、工作、打电话）。	☐	☐	☐	☐
我会尽量选择对环境有益的食物和饮料。	☐	☐	☐	☐
一旦开始进食，我似乎就停不下来。	☐	☐	☐	☐

31 过去三个月内，您如何评价自己（在未经治疗的情况下）获得并维持足以进行性交的勃起的能力？

☐ 很差 ☐ 差 ☐ 一般 ☐ 好 ☐ 很好 ☐ 不适用

32 平均而言，您每月射精多少次？

☐ 无 ☐ 每月 1-3 次 ☐ 4-7 ☐ 8-12 ☐ 13-20 ☐ 每月 20 次以上

33 关于您的记忆，请对以下每个问题回答「是」或「否」：

问题	是	否
您近期是否经历过记忆能力的变化？	☐	☐
您是否比平时更难记住近期发生的事？	☐	☐
您是否比平时更难记住一小组事项，如购物清单？	☐	☐
您是否有从这一秒到下一秒就记不住事情的情况？	☐	☐
您在理解或遵循口头指示方面是否有困难？	☐	☐
由于记忆问题，您是否比平时更难跟上群体交谈或电视节目情节？	☐	☐
您在熟悉的街道上是否难以认路？	☐	☐

34 以下陈述对您的描述程度如何？

陈述	从不或 极少符合	很少 符合	有时 符合	经常 符合	非常经常 或总是符合
当我淋浴或洗澡时，我留意到水接触身体的感受。	☐	☐	☐	☐	☐
我善于找到词语来描述自己的感受。	☐	☐	☐	☐	☐
因为我在做白日梦、担忧或分心，所以没有注意自己在做什么。	☐	☐	☐	☐	☐
我认为自己有些想法是不正常或不好的，不该那样想。	☐	☐	☐	☐	☐
当我产生痛苦的想法或画面时，我会「退后一步」，觉察到该想法或画面，而不被它占据。	☐	☐	☐	☐	☐
我注意到食物和饮料如何影响我的想法、身体感受和情绪。	☐	☐	☐	☐	☐
我难以想到恰当的词语来表达自己对事物的感受。	☐	☐	☐	☐	☐
我做工作或任务时是自动完成的，并未觉察自己在做什么。	☐	☐	☐	☐	☐
我确实认为自己的情绪是不好或不当的，不该有这种感受。	☐	☐	☐	☐	☐
当我产生痛苦的想法或画面时，我能够只是觉察到它们而不做出反应。	☐	☐	☐	☐	☐
我留意各种感受，如风吹过头发或阳光照在脸上。	☐	☐	☐	☐	☐
即使我感到非常难过，我也能找到方式把感受用语言表达出来。	☐	☐	☐	☐	☐
我发现自己在做事时没有留意。	☐	☐	☐	☐	☐
我告诉自己不该有现在的感受。	☐	☐	☐	☐	☐
当我产生痛苦的想法或画面时，我只是觉察到它们并让它们过去。	☐	☐	☐	☐	☐

35 想到您身边已故的亲人，请针对其中令您最痛苦的逝者回答以下问题。

- a) 此人当时与您的关系？ ☐ 配偶/伴侣 ☐ 子女 ☐ 兄弟姐妹 ☐ 密友或亲戚 ☐ 父母 ☐ 其他（请注明） _____
- b) 此人大约何时去世？ ☐ 2010 年前 ☐ 2010–2015 ☐ 2016–2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022 ☐ 2023 ☐ 2024+
- c) 您是否持续怀有难以消退的强烈情绪，想要此人回来，即使明知这不可能？ ☐ 是 ☐ 有时 ☐ 否
- d) 对已故亲人的思念是否持续占据您的心，以至于难以思考或关心其他事情？ ☐ 是 ☐ 有时 ☐ 否

36 总体而言，您认为自己的健康状况是：

☐ 极好 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差

37 与一年前相比，您如何评价自己目前的总体健康状况？

☐ 比一年前好很多 ☐ 比一年前好一些 ☐ 大致相同 ☐ 比一年前差一些 ☐ 比一年前差很多

38 以下项目涉及您典型一天中可能进行的活动。您目前的健康状况是否在这些方面限制了您？如是，程度如何？（每行选一项）

活动	是，限制很大	是，限制一点	否，完全不受限
剧烈活动，如跑步、举重物、剧烈运动	☐	☐	☐
中等强度活动，如搬桌子、推吸尘器、打保龄球或打高尔夫	☐	☐	☐
提起或搬运杂货	☐	☐	☐
爬几层楼梯	☐	☐	☐
爬一层楼梯	☐	☐	☐
弯腰、跪地或下蹲	☐	☐	☐
步行超过一英里	☐	☐	☐
步行几个街区	☐	☐	☐
步行一个街区	☐	☐	☐
自己洗澡或穿衣	☐	☐	☐
上下床或椅子	☐	☐	☐

39 过去四周内，由于您的身体健康，您在工作或其他日常活动中是否出现过以下问题？

- a) 减少了工作或其他活动的时间 ☐ 是 ☐ 否
- b) 完成的工作量少于期望 ☐ 是 ☐ 否
- c) 工作或其他活动的种类受到限制 ☐ 是 ☐ 否
- d) 从事工作或其他活动有困难（如需要额外费力） ☐ 是 ☐ 否

40 过去四周内，由于任何情绪问题（如感到抑郁或焦虑），您在工作或其他日常活动中是否出现过以下问题？（每行选一项）

- a) 减少了工作或其他活动的时间 ☐ 是 ☐ 否
- b) 完成的工作量少于期望 ☐ 是 ☐ 否
- c) 做工作或其他活动不如平时仔细 ☐ 是 ☐ 否

41 过去四周内，您的情绪问题在多大程度上干扰了您与家人、朋友、邻居或群体的正常社交活动？

- ☐ 完全没有 ☐ 轻微 ☐ 中等 ☐ 相当多 ☐ 极其

42 过去四周内，您的身体疼痛程度如何？

- ☐ 无 ☐ 极轻微 ☐ 轻微 ☐ 中等 ☐ 严重 ☐ 极严重

43 过去四周内，身体疼痛在多大程度上干扰了您的正常工作（含外出工作和家务）？

- ☐ 完全没有 ☐ 一点点 ☐ 中等 ☐ 相当多 ☐ 极其

44 以下问题关于过去四周内您的感受及状况。请为每个问题选出最贴近您感受的答案。过去四周内，有多少时间……

问题	全部时间	大部分时间	相当多时间	部分时间	少量时间	没有时间
您感到精神饱满吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您是一个很紧张的人吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您是否沮丧到任何事都无法让您振作？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您感到平静安宁吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您精力充沛吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您感到情绪低落、忧郁吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您感到精力耗尽吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您是一个快乐的人吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
您感到疲倦吗？	☐	☐	☐	☐	☐	☐

45 过去四周内，您的身体健康或情绪问题有多少时间干扰了您的社交活动（如拜访朋友、亲戚等）？

☐ 全部时间 ☐ 大部分时间 ☐ 部分时间 ☐ 少量时间 ☐ 没有时间

46 请为以下每条陈述选出最符合您情况的答案（真实或虚假程度）。

陈述	肯定真实	大多真实	不确定	大多虚假	肯定虚假
我似乎比别人更容易生病。	☐	☐	☐	☐	☐
我和我认识的任何人都一样健康。	☐	☐	☐	☐	☐
我预计自己的健康状况会变差。	☐	☐	☐	☐	☐
我的健康状况极好。	☐	☐	☐	☐	☐

47 以下哪项最能代表您对自己的看法？

☐ 男同性恋 ☐ 异性恋，即不是男同性恋 ☐ 双性恋

48 以下哪项最能描述您的听力（不戴助听器）？

☐ 极好 ☐ 好 ☐ 听力有点问题 ☐ 中度听力问题 ☐ 听力问题严重 ☐ 耳聋

49 您佩戴助听器吗？

☐ 是，一直戴 ☐ 是，大部分时间戴 ☐ 是，偶尔戴 ☐ 否，从不

50 过去 12 个月内，您的耳朵或头部是否有过铃声、轰鸣声或嗡鸣声？

☐ 从不 ☐ 每周不到 1 次 ☐ 约每周 1 次 ☐ 每周数次 ☐ 几乎每天 ☐ 每天

a) 若是，这种情况最初何时开始？ ☐ 过去一年内 ☐ 1–2 年前 ☐ 3–5 年前 ☐ 6–10 年前 ☐ >10 年前

b) 在您听到该声音的日子里，它持续多久？ ☐ 几秒 ☐ 少于 5 分钟 ☐ 5 分钟至 1 小时 ☐ 数小时 ☐ 一直

c) 该声音是否影响您以下能力： ☐ 睡眠 ☐ 工作 ☐ 集中注意力 ☐ 从事其他活动 ☐ 以上皆无

51 以下哪项最能描述您双眼的视力（若佩戴眼镜或隐形眼镜，则以戴镜后计）？

☐ 极好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差 ☐ 很差 ☐ 完全失明

52 除工作之外，您是否定期照料以下人员？（每行选一项；对不需您定期照料者，选「零小时」）

对象	0 小时	1-8 小时	9-20 小时	21-35 小时	36-72 小时	73+ 小时
您的孙辈	☐	☐	☐	☐	☐	☐
残疾或患病的配偶/伴侣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
残疾或患病的成年子女	☐	☐	☐	☐	☐	☐
残疾或患病的其他人员	☐	☐	☐	☐	☐	☐

53 您多久参加一次宗教聚会或仪式？

☐ 每周一次以上 ☐ 每周一次 ☐ 每月 1-3 次 ☐ 每月不到一次 ☐ 从不或几乎从不

54 您每周花多少小时参加任何团体，如社交或工作团体、教会相关团体、自助团体、慈善、公共服务或社区团体？

☐ 无 ☐ 1-2 小时 ☐ 3-5 小时 ☐ 6-10 小时 ☐ 11-15 小时 ☐ 16 小时或更多

55 您有几个在世的子女（含继子女）？

女儿：☐ 无 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 个或更多 儿子：☐ 无 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 个或更多

56 您的子女中有多少至少每月见一次？

☐ 无 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 个或更多

57 除子女外，您有多少感到亲近的亲戚？

☐ 无 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 个或更多

58 除子女外，您有多少亲近的亲戚至少每月见一次？

☐ 无 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 个或更多

59 您有多少密友？

☐ 无 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 个或更多

60 这些朋友中有多少至少每月见一次？

☐ 无 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 个或更多

61 您是否有某位特别的人，您感到与之非常亲近，可以倾诉心事和感受？

☐ 是 ☐ 否

a) 您多久见一次或与这个人交谈一次？☐ 每天 ☐ 每周 ☐ 每月 ☐ 每年数次 ☐ 每年一次或更少

62 您是否可以依靠某人提供情感支持（倾诉问题或帮助您做困难的决定）？

☐ 没有时间 ☐ 很少时间 ☐ 部分时间 ☐ 大部分时间 ☐ 全部时间

63 您（参与者本人）填写本问卷时是否有人帮忙？

☐ 否（我自己独自填写） ☐ 是（有人帮我填写）

64 请提供一位住址与您不同的固定地址的联系人姓名，以便我们无法联系到您时与其联络：

姓名：_____ 邮箱：_____ 电话：_____

地址：_____ 关系：_____

谢谢您！请寄回：HPFS, 677 Huntington Ave. Boston, MA 02115。

译注：本文件为哈佛大学陈曾熙公共卫生学院「卫生专业人员随访研究（HPFS）」2024 年随访问卷的逐题中译，涵盖一般健康状况、既往疾病、用药、生活方式、听力视力及社会支持等，不含食物频率清单（食物频率调查见 HPFS 另发的半定量 FFQ）。品牌/商品名、药品名与变量编码保留英文原名。原扫描表单为 Scantron EliteView™ M-301069-3:654321；版权归 Harvard College 所有，仅供研究学习参考。