

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อายุ 15- 29 ปี 30-44 ปี 45-59 ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพหลัก ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว

เกษตรกร รับจ้างทั่วไป นักเรียน / นิสิต / นักศึกษา พ่อบ้าน/แม่บ้าน ว่างงาน/ ไม่มีงานทำ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม.

โรคประจำตัว (จากการวินิจฉัยของแพทย์) ไม่มีโรคประจำตัว

ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคเมะเร็ง โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง)

ข้อ	คำถาม	ตัวเลือก
1.	ท่านกินผักอย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวันอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2. กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. กินทุกวัน
2.	ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็มหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย <input type="checkbox"/> 2. เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง
3.	ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวานหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 2. ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3.ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. ดื่มทุกวัน
4.	ท่านมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเลย <input type="checkbox"/> 2. มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า30 นาที ต่อวัน 5วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5วันต่อสัปดาห์
5.	ท่านนั่ง หรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงหรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน <input type="checkbox"/> 3. ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน
6.	ส่วนใหญ่ท่านเข้านอน และตื่นนอน เวลาใด	เข้านอนเวลา (ระบุเวลาระหว่าง 00.00-23.59) น. ตื่นนอนเวลา (ระบุเวลาระหว่าง 00.00-23.59) น.
7.	ท่านแปรงฟันก่อนนอนอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย <input type="checkbox"/> 2. แปรงฟันก่อนนอนบางวัน <input type="checkbox"/> 3. แปรงฟันก่อนนอนทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาที <input type="checkbox"/> 4.แปรงฟันก่อนนอนทุกวันแต่ไม่ถึง2นาที
8.	ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ ถ้าไปท่านไปรับบริการทันตกรรม อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ไป <input type="checkbox"/> 2. ไป โดยไปรับบริการทันตกรรมดังต่อไปนี้ (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> ไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> อุดฟัน <input type="checkbox"/> ขูดหินปูน <input type="checkbox"/> ถอนฟัน <input type="checkbox"/> รักษารากฟัน <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม <input type="checkbox"/> ผ่าฟันคุด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
9.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 2. สูบมวนแรกในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน <input type="checkbox"/> 3. สูบมวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน

10.	ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน 1/2 แบนขึ้นไปหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. เดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. สัปดาห์ละครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
11.	เมื่อขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์เลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยสวมเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง
12.	ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยขับหรือโดยสารรถยนต์ที่มีเข็มขัดนิรภัยเลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยคาดเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง