

<p><b>访谈日期与时间</b></p> <p>日期: ____/____/____</p> <p>开始时间: _____上午/下午</p> <p>结束时间: _____上午/下午</p> <p>地点: _____</p>	<p>访问者姓名: _____</p> <p>身高: _____ 英尺 _____ 英寸 或 _____ 厘米</p> <p>体重: _____ 磅 或 _____ 公斤</p> <p>A1c 测试结果: _____ A1c 测试日期: ____/____/____</p> <p>A1c 测试来源:</p> <p>1) 医疗记录提取 2) 自我报告 3) A1cNOW 测试</p> <p>4) 其他 _____</p> <p>在这个日期 (A1c 测试日期: ____/____/____) 之后, 您还有去医生办公室检查过血糖吗?</p> <p>1) 有【请记得联系医生办公室, 更新 A1c 的数据, 包括日期, 测试结果】</p> <p>2) 没有</p> <p>3) 不记得/不清楚</p>
--	---

## 饮食行为

现在回想一下过去一个月, 即过去 30 天内, 您吃过的食物和喝过的饮品, 包括正餐和点心。告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

1. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天吃多少杯水果?

采访者注释: 包括新鲜, 冷冻或罐装的水果。不包含果干。告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

- ☐ 不知道
- ☐ 拒绝回答

2. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天吃多少杯蔬菜?

采访者注释: 不包括土豆, 红薯。包括绿叶蔬菜, 西红柿, 青刀豆, 胡萝卜, 玉米, 卷心菜, 豆芽, 宽叶羽衣甘蓝, 西蓝花。包括生的, 熟的, 罐装的, 或冻的蔬菜。告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

- ☐ 不知道
- ☐ 拒绝回答

3. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天吃多少杯精细谷物 (包括白米饭, 面条, 面包, 水饺, 包子)? 告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

- ☐ 不知道
- ☐ 拒绝回答

4. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天吃多少杯全麦谷物 (包括糙米, 小米, 全麦, 大麦, 全麦面条, 全麦面包, 全麦饺子或包子)? 告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

☐ 不知道

☐ 拒绝回答

5. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天喝多少罐含糖饮料 (如: 普通或健怡可乐, 水果汁, 珍珠奶茶)? 告诉参与者以一罐可乐的大小来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

☐ 不知道

☐ 拒绝回答

6. 在过去 30 天内, 平均来说, 您每天吃多少杯土豆?

告诉参与者以他/她的拳头作为一杯来计量。

\_\_\_\_\_ 杯

☐ 不知道

☐ 拒绝回答

7. 总体来说, 您觉得您的饮食有多健康呢?

☐ 非常好

☐ 良好

☐ 好

☐ 一般

☐ 较差

8. 您看食物包装上的营养标签的频率是多少?

☐ 几乎从不或从不

☐ 有时会

☐ 经常看

☐ 几乎总是或总是

9. 谁在您家中主要来购买食材并烹制膳食?

☐ 我自己

☐ 我的配偶

☐ 我的成年子女

☐ 老年中心为我家送餐

☐ 我们不做饭, 大多数都吃外卖/在外就餐

☐ 其他, 请注明\_\_\_\_\_

## 运动与锻炼

1. 回想一下在**过去的 7 天内**您有没有做过任何**剧烈**的运动。**剧烈的运动**指的是您必须费力气去做,让您心跳和呼吸加快的运动。比如举重,在家院子里挖土,有氧运动或者快速骑单车。这些可以是在健身房的运动也可以是您在家里的运动,只需要考虑那些您一次做了至少 10 分钟以上的运动:

\_\_\_\_\_ 天/周

☐ 没做大量出汗的运动      ➡      **跳至第 3 个问题**

1a. 您做的是**什么剧烈运动**?

☐ 跑步或慢跑

☐ 举重或重量锻炼,搬非常重的东西

☐ 心肺有氧运动

☐ 跳操或跳绳

☐ 其它\_\_\_\_\_

2. 在这些天里您一天花了多少时间做这些**剧烈运动**? 如果参与者回答每天的运动时长不同,请他们回想一下一般来说或者最后一次做**剧烈运动**花了多长时间。

\_\_\_\_\_ 分钟/一天

☐ 不知道/不确定

回想一下在**过去的 7 天内**您有没有做过任何**中等强度**的运动。**中等强度**运动指的是您花费中等力气去做,让您心跳和呼吸比平时稍微加快一些,但是不会让您喘不过气来。这些运动可以是在家,在办公室,健身房,甚至任何地方。只需要考虑那些您一次做了至少 10 分钟以上的运动。

3. 过去的**7 天内**,您有多少天做了**中等强度**运动? 比如提购物袋,洗衣筐,普通速度的骑单车,或者羽毛球/网球双打,不要算上您走路的情况

\_\_\_\_\_ 天/周

☐ 没做中度运动      ➡      **跳至第 5 个问题**

3a. 您做的是**什么中等强度**运动?

☐ 提购物袋或装满待洗脏衣服的袋子

☐ 在庭院除草或类似劳动

☐ 伸展拉伸类运动

☐ 广播体操,太极

☐ 仰卧起坐

☐ 俯卧撑

☐ 举牛奶瓶,水瓶,消毒液瓶,洗衣液瓶?

☐ 其它\_\_\_\_\_

4. 在这些天里您一天花了多少时间做这些**中度**运动? 如果参与者回答每天的运动时长不同,请他们回想一下一般来说或者最后一次做**剧烈运动**花了多长时间。

\_\_\_\_\_ 分钟/一天

☐ 不知道/不确定

回想一下在**过去的 7 天内**您**走路**所花的时间。这些包括您上班和在家时走的路,所有从一个地点到另一个地点的步行,以及任何您单纯为了去锻炼或娱乐还有闲暇玩耍时走的路。

5. 过去的 7 天内, 您有多少天每次步行至少持续 10 分钟?

\_\_\_\_\_ 天/周

☐ 没有这种情况 → 跳至第 7 个问题

6. 在这些天里您一天花了多少时间步行?

\_\_\_\_\_ 分钟/一天(请直接把小时转换成分钟, 比如参与者说 1 小时, 请输入 60 分钟)

☐ 不知道/不确定

最后一个问题是关于在过去的 7 天内您坐着的时间。这些包括您上班和在家时坐着的时间, 坐着学习和闲暇的时间, 包括坐在桌边, 拜访朋友时, 阅读时, 坐着或躺着看电视的时间。

7. 过去的 7 天内, 您在工作日平均坐着的时间有多久?

\_\_\_\_\_ 分钟/一天(请直接把小时转换成分钟, 比如参与者说 1 小时, 请输入 60 分钟)

☐ 不知道/不确定

8. 在过去一个月内, 您每周或每月进行过几次体育运动或锻炼来增强肌肉 (比如, 举哑铃, 牛奶瓶, 俯卧撑, 仰卧起坐, 深蹲, 使用弹力带)?

☐ 从未

\_\_\_\_\_ 次/一天

\_\_\_\_\_ 次/周

☐ 不知道/不确定

### 糖尿病自我护理活动总结

以下问题具体了解您在过去 7 天内的糖尿病自我护理活动。如果您在过去 7 天内有生病, 请您考虑假设在过去 7 天内没有生病的情况下回答这些问题。

#### 饮食营养

1. 在过去 7 天内, 您有几天遵循健康饮食计划?

0      1      2      3      4      5      6      7

2. 平均而言, 在过去的一个月里, 您每周有多少天遵循了您的饮食计划?

0      1      2      3      4      5      6      7

3. 在过去 7 天内, 您有多少天吃了 5 份或以上的水果和蔬菜?

0      1      2      3      4      5      6      7

4. 在过去 7 天内, 您有多少天吃过高脂肪食物, 例如红肉或是全脂奶制品?

0      1      2      3      4      5      6      7

#### 身体锻炼

5. 在过去的 7 天里, 您有多少天进行了至少 30 分钟的运动? (持续不断的运动了 30 分钟, 包括步行)

0      1      2      3      4      5      6      7

6. 在过去的 7 天内, 除了您做家务或是您平日工作的一部分, 您有多少天进行过一些特定的体育锻炼 (例如, 游泳, 步行, 骑自行车)?

0 1 2 3 4 5 6 7

### 手指血糖测试

7a. 您的医生有建议您在家测手指血糖吗？

\_\_\_\_\_ 没有

\_\_\_\_\_ 有（如果有，那您的医生推荐您多久测一次呢？ \_\_\_\_\_ 次每天 或者 每周，请圈一个每天或每周）

7. 在过去的 7 天里，您有多少天检查了您的手指血糖？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

8. 在过去的 7 天里，您有多少天是遵循您医生建议的次数来检查您的手指血糖？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

### 脚部护理

9. 在过去的 7 天内，您有多少天检查过您的双脚？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

10. 在过去的 7 天内，您有多少天检查过您的鞋子内部？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

### 药方/药物治疗

您的医生给您开了什么糖尿病的药物呢？

\_\_\_\_\_ a) 糖尿病口服药

\_\_\_\_\_ b) 胰岛素注射

\_\_\_\_\_ c) 非胰岛素的注射药

\_\_\_\_\_ d) 我的医生没有给我开降糖药

11. 在过去的 7 天内，您有多少天服用了医生给你开的糖尿病口服药？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

12. 在过去的 7 天内，您有多少天是按照医生开的剂量次数服用的糖尿病口服药？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

13. 在过去的 7 天里，您有多少天使用医生所建议的胰岛素注射剂？

0 1 2 3 4 5 6 7 问题不适用于我

### 糖尿病自我管理的信心

以下的活动列表是您为了管理您的糖尿病务必执行的。对于以下每一个问题，请选择相应的数字来表明您目前有多大的信心完成每一项任务。

完全没信心

完全有信心

1. 您有多大的信心做到每天间隔 4-5 个小时按时吃饭，包括每天都吃早餐？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

完全没信心

完全有信心

2. 您有多大信心做到即使在与非糖尿病人士一起吃饭的情况下也能遵循自己的糖尿病饮食要求（比如，少糖，少吃米饭）？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. 您有多大信心在饥饿时挑选正确的食物吃（例如零食）？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. 您有多大信心做到每周锻炼 4-5 次，每次 15-30 分钟？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. 您有多大信心在自己运动时知道怎么做来防止低血糖？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. 您有多大信心知道当自己血糖过高或过低时分别该怎么做？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. 您有多大信心能够判断何时自己的糖尿病必须要去看医生了？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. 您有多大信心能够控制好您的糖尿病以免它影响自己的想要去做的事情？

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## 糖尿病知识

1. 在美国，您是否有参加过关于糖尿病的课程？

- ☐ 是  
☐ 否  
☐ 不知道/不确定  
☐ 拒绝回答

2. 您大概多久检查一次您的血糖？包括家人或朋友帮忙检查的次数，但不包括健康专业人员检查的次数。

[选一个；写下次数]

\_\_\_\_次/一天  
 \_\_\_\_次/周  
 \_\_\_\_次/月  
 \_\_\_\_次/年

从不  
 不知道/不确定  
 拒绝回答

3. 您大概多久检查一次您的脚有无疮或刺激感？包括家人或朋友帮忙检查的次数，但不包括健康专业人员检查的次数。

[选一个；写下次数]

\_\_\_\_次/一天  
 \_\_\_\_次/周  
 \_\_\_\_次/月  
 \_\_\_\_次/年

没有脚  
 从不  
 不知道/不确定  
 拒绝回答

4. “A1c”测试可衡量过去三个月的平均血糖水平。在  
 少次医生，护士或其他健康专业人员为您检查了“A1c”？

过去的 12 个月中，大概有多

\_\_\_\_\_ [写下次数]  
 从未  
 从没听说过“A one C” 测试  
 不知道/不确定  
 拒绝回答

5. 在过去的 12 个月中，您大概看过多少次医生，护士或其他健康专业人员来治疗糖尿病？  
 \_\_\_\_\_ [写下次数]  
 从未  
 不知道/不确定

6. 在过去的 12 个月中，您大概有多少次让健康专业人员检查了您的脚有无疮或刺激感？  
 \_\_\_\_\_ [写下次数]  
 从未  
 不知道/不确定

7. 您上次进行视力检查并进行散瞳是什么时候？

注意：散瞳需要滴眼液来使您的瞳孔变大。

- ☐ 一个月内  
☐ 一年内  
☐ 两年内  
☐ 两年或更久以前  
☐ 不知道/不确定  
☐ 从未  
☐ 拒绝回答

8. 是否有医生告诉过您糖尿病已影响您的眼睛或肾脏？

- ☐ 是 不知道/不确定  
☐ 否 拒绝回答

## 糖尿病自我管理意识

以下各项对于控制您的糖尿病有多重要？	不重要 1	2	3	4	非常重要 5
1. 糖尿病饮食	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
2. 锻炼与运动	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
3. 自我监控血糖	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
4. 药物治疗	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
5. 检查脚部	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>

## 糖尿病精神健康

## 社交支持

	从不 1	偶尔 2	有时 3	经常 4	总是 5
1. 当我感到需要倾诉时，有人可以倾听我					
2. 当我遇到麻烦的时候，我有可以交流的人					
3. 有人让我觉得自己有价值					
4. 当我心情不好时，有人可以听我吐槽					

## 精神健康

在过去的 2 个星期里，你生活中以下症状出现的频率有多少？

	一点也不	就几天	超过一半的时间	几乎每一天
1. 做什么事都没兴趣， 没意思	0-□	1-□	2-□	3-□
2. 感到心情低落， <u>抑</u> <u>郁</u> ，没希望	0-□	1-□	2-□	3-□

## 糖尿病困扰

**说明：**当您患有糖尿病，生活有时可以很艰难，因为会遇上大大小小不同的问题与烦恼。它们可以是微不足道或是生死攸关的。以下举例了 17 项糖尿病患者有可能会遇到的问题。请根据过往一个月的经验，评估每个问题对您的困扰或是影响，并圈上合适的代表数字。

请注意的是：我们请您评估以下问题对您心里影响，不论它们发生与否。如果您觉得某项对您来说不成问题，请圈上“1”；如果给您带来很大困扰，请圈上“6”。

难题或者烦恼	没有问题	轻微的问题	中等的问题	略微严重的问题	比较严重的问题	非常严重的问题
1. 觉得糖尿病每天消耗我大量心力和精力	1	2	3	4	5	6
2. 觉得我的医生不够了解糖尿病及其护理	1	2	3	4	5	6
3. 当想到患有糖尿病，便觉得愤怒，恐慌，和/或忧虑	1	2	3	4	5	6
4. 觉得我的医生没有给我清楚的指引去管理我的糖尿病	1	2	3	4	5	6
难题或者烦恼	没有问题	轻微的问题	中等的问题	略微严重的问题	比较严重的问题	非常严重的问题



5. 觉得我不能做到经常测试血糖	1	2	3	4	5	6
6. 觉得自己经常未能成功做到糖尿病的控制计划	1	2	3	4	5	6
7. 觉得朋友或是家人对我的糖尿病不够支持（例如，鼓励我吃“不该吃的”食物 或是带不健康食品（例如，蛋糕，甜点）回家让我忍不住去吃）	1	2	3	4	5	6
8. 觉得 糖尿病控制了我的人生	1	2	3	4	5	6
9. 觉得我的医生没有认真对待我的疑虑	1	2	3	4	5	6
10. 对自己日常管理糖尿病的能力没有信心	1	2	3	4	5	6
11. 觉得我最终还是会患有糖尿病并发症，不管我如何努力去防止它发生	1	2	3	4	5	6
12. 觉得我没有严格坚持一个好的饮食计划	1	2	3	4	5	6
13. 觉得朋友或是家人不明白糖尿病人生活的苦衷	1	2	3	4	5	6
14. 觉得我被糖尿病的例行琐事压垮了，喘不过气来	1	2	3	4	5	6
15. 觉得我没有一位医生可以长期跟进我的糖尿病	1	2	3	4	5	6
16. 觉得没有动力去维持糖尿病的自我管理	1	2	3	4	5	6
17. 觉得朋友或是家人没有提供我所需要的情绪上的支持	1	2	3	4	5	6

## 基本健康信息

1. 您会如何描述自己的健康情况呢？

- ☐ 非常好
- ☐ 良好
- ☐ 好
- ☐ 一般
- ☐ 较差

2. 平均来说, 您每晚能睡几个小时? \_\_\_\_\_ 小时

3. 平均来说, 您白天能睡几个小时? \_\_\_\_\_ 小时

4. 您如何评价您平日里的疲劳程度?

- 1. 无
- 2. 轻度
- 3. 中度
- 4. 严重
- 5. 非常严重

5. 吸烟史: 您一生中至少抽过 100 支 (5 包) 香烟吗?

- a. 是
- b. 否
- c. 不知道/不确定
- d. 我从没抽过烟/不适用 (至问题 9)

5a. 您上次抽烟是什么时候? 抽了一口也算\_\_\_\_\_ (日期)

6. 您现在的抽烟频率是每天, 几天还是根本不抽烟?

- a. 每天
- b. 几天
- c. 根本不抽烟
- d. 不知道/不确定

7. 在您抽烟的日子里, 您平均每天抽多少烟?

\_\_\_\_\_支烟/一天

8. 在过去的三个月内, 您是否曾经因为试图戒烟而停止抽烟一天或更长时间?

- 1. 是
- 2. 否
- 3. 过去三个月没有抽烟

9. 在过去的 12 个月内, 您通常多久喝一次任何含酒精的饮品? 在这里喝酒是指半盎司的纯酒精 (如: 12 盎司的罐装或一杯啤酒或冷却器, 5 盎司的葡萄酒, 或含 1 杯烈酒的饮料)。 仅选择一个。

- a) 每天
- b) 一周 5-6 次
- c) 一周 3-4 次
- d) 一周两次
- e) 一周一次
- f) 一月 2-3 次
- g) 一月 1 次
- h) 过去一年 3-11 次
- i) 过去一年 1-2 次
- j) 完全没喝酒

## 记忆力测试

### 1. 现在是哪一年？

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

### 2. 现在是什么季节？

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

### 3. 现在是几号？

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

### 4. 现在是星期几？

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

### 5. 现在是几月？

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**6. 您现在哪个州？** [对比电话预筛选调查问卷记录]

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**7. 您现在哪个区或县？** [对比电话预筛选调查问卷记录]

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**8. 您现在在什么城市？** [对比电话预筛选调查问卷记录]

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**9. 您的地址是什么？** [对比电话预筛选调查问卷记录]

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**10. 现在我要说三样东西的名称，在我讲完之后，请您重复说一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。苹果 – 报纸 – 火车。请您把这三样东西说一遍**

**1) 苹果**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**2) 报纸**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**3) 火车**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

11. 请您算一算 **100 减去 7**，然后从所得的数目再减去 **7**，如此一直的计算下去，请您将每减一个 **7** 后的答案告诉我，直到我说“停”为止。

**1) 93**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**2) 86**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**3) 79**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**4) 72**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**5) 65**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

12. 现在请您说出刚才我让您记住的那三样东西

**1) 苹果**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**2) 报纸**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**3) 火车**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**13. 您现在正在使用什么跟我讲话? [我的手机]**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**14. 现在我要说一句话, 请您跟着我清楚地重复一遍。 “四十四只石狮子”**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**15. 请说“你好”, 敲击电话听筒三下, 然后说“我回来了”。**

**1) 你好**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**2) 敲击电话听筒三下**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道  
99 = 拒绝回答

**3) 我回来了**

1 = 正确  
0 = 错误  
88 = 不知道

99 = 拒绝回答

**16. 请告诉我您的手机号 [对比电话预筛选调查问卷记录]**

1 = 正确

0 = 错误

88 = 不知道

99 = 拒绝回答

## 新型冠状病毒相关问题

### 新冠信息

1. 您是否接受过新冠检测？是\_\_\_\_；否\_\_\_\_  
如果是，您的检测结果是什么？阳性\_\_\_\_；阴性\_\_\_\_；不知道/不确定；拒绝回答  
如果阳性，您是否需要住院？是\_\_\_\_；否\_\_\_\_
2. 您是否有认识的人（家人或朋友）由于新冠及相关并发症离世？是\_\_\_\_；否\_\_\_\_
3. 你打过了新冠疫苗吗？  
\_\_\_\_是的，我打了 2 针  
\_\_\_\_是的，我打了 1 针  
\_\_\_\_没有打，【请接着问 3A】  
3A. 如果新冠疫苗开始供应，你计划接种吗？  
是\_\_\_\_；  
否\_\_\_\_，如果否，为什么？
  - 1) 不敢去医生办公室，担心感染新冠
  - 2) 担心疫苗不安全(包括不相信政府)
  - 3) 已经感染过新冠了，我觉得不需要打疫苗
  - 4) 我觉得自己不会感染新冠（新冠就是一个普通流感，上天自有安排）
  - 5) 担心疫苗的副作用
  - 6) 我有过敏反应
  - 7) 宗教原因
  - 8) 其他\_\_\_\_\_

### 医护服务

4. 您的医护服务有因为新冠疫情而被终止吗？
  1. 是，我没有去看过医生（诊所关闭，预约被取消，我担心去医院）
  2. 是，我有去看医生，但是我的预约被延期
  3. 是，我通过远程医疗看医生
  4. 未终止
5. 您是否因为新冠疫情失去医保？
  1. 是
  2. 否

### 财务

6. 您的家庭收入是否因为新冠疫情发生了显著的变化？（不包括政府的刺激支票，如果您有收到的话）
1. 是，我的家庭收入变多了
  2. 是，我的家庭收入变少了
  3. 否，我的家庭收入没有变化

### 雇佣状态

7. 新冠疫情给您的雇佣状态带来哪些影响（请勾选所有适用选项）
1. 休假（暂时失业，假期）
  2. 仍受雇，但时长缩短
  3. 仍受雇，但时长增加
  4. 仍受雇，但改为线上/在家办公
  5. 失业
  6. 没有变化
  7. 现在不确定
  8. 退休
  9. 其他（请注明）\_\_\_\_\_

### 饮食营养

8. 自新冠疫情以来，您是否感到需要吃的比您需要的少一些因为您没有钱买足够的食物？
1. 是
  2. 否
  3. 不知道
  4. 拒绝回答
9. 自新冠疫情以来，您是否更难获取到所需的食物？
1. 是
  2. 否
10. 对比新冠疫情爆发前，您是否觉得您对新鲜水果和蔬菜的摄取量发生变化？
1. 是，我觉得我吃更少的新鲜水果和蔬菜
  2. 是，我觉得我吃更多的新鲜水果和蔬菜
  3. 否，我吃的和以前一样

### 身体锻炼

11. 对比新冠疫情爆发前，您是否觉得您的身体锻炼量发生变化？
1. 是，我觉得我锻炼的更少
  2. 是，我觉得我锻炼的更多
  3. 否，和以前一样

### 新冠歧视

12. 自新冠疫情以来，您或您认识的人是否有因为您是华裔而经历过种族歧视？
1. 是
  2. 否



13. 您是否有担心会经历与新冠有关的歧视？（如：乘公共交通时被威胁，语言骚扰，丢工作，等）

1. 是
2. 否

## 压力

14. 对比新冠疫情爆发前，您是否觉得您的压力程度发生变化？

1. 是，我觉得我的压力水平更低
2. 是，我觉得我的压力水平更高
3. 没有变化

15. 对比新冠疫情爆发前，您社交有什么变化吗？

1. 更多社交
2. 差不多一样
3. 更少社交
4. 拒绝回答或缺失答案

对本研究的满意度						
您对以下的声明同意程度如何？	非常赞同	赞同	中立	不赞同	非常不赞同	不适用
1. 接收和观看纽约大学发来的糖尿病微信视频对于我来说挺容易						
2. 我觉得纽约大学这个研究帮助我了解到更多关于健康饮食的知识						
3. 我觉得纽约大学这个研究帮助了我了解更多关于锻炼运动的知识						
4. 我觉得纽约大学这个研究让我更有动力去遵从医嘱认真服用糖尿病药物						
5. 我觉得纽约大学这个研究给我动力去按照医生建议的方式检查血糖						
6. 我觉得纽约大学这个研究增加了我管理自己糖尿病的信心						
7. 我愿意在将来参与类似的活动来帮助管理我的糖尿病						
您对以下的声明同意程度如何？	非常赞同	赞同	中立	不赞同	非常不赞同	不适用
8. 我会向患有糖尿病的其他亲戚朋友推荐这个项目						

R00 CARE 参加者编号\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_ 地点\_\_\_\_\_ 访问者草签\_\_\_\_\_

9. 比起跟医生预约然后去医生办公室接受这样的糖尿病健康教育，我更愿意在家通过微信视频的方式来学习更多糖尿病的知识。						
--	--	--	--	--	--	--

10. 总体来说，你对我们的项目有多满意？

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
非常不满意	一点点满意		中立			很满意		非常满意		

11. 以下有哪些因素让你无法观看糖尿病微信视频？（可多选）

\_\_\_\_\_ 视频打不开 (可能因为网络或其他技术原因)

\_\_\_\_\_ 没有兴趣

\_\_\_\_\_ 忘记去看视频

\_\_\_\_\_ 太忙了 (工作或者家庭琐事)

\_\_\_\_\_ 假期或者休假打乱我平时的节奏

\_\_\_\_\_ 其他，请写出\_\_\_\_\_