

再次感谢您同意参与我们的研究。此问卷调查需要大约 30-45 分钟来完成。您所提供在问卷中的信息是完全保密的。如果您对任何问题感到困惑，请随时告知我。

## 联系信息

请您填写以下联系方式以供我们记录档案（我们将把本页与调查问卷分开，并安全保存到另一个档案，您的个人信息不会与任何个人或机构分享）：

您的名字： \_\_\_\_\_

手机号码： \_\_\_\_\_

<b>随访日期及时间</b>  日期：____/____/____  开始时间：____AM/PM  结束时间：____AM/PM  地点：____	<b>访问者姓名：</b> ____  身高：____feet ____in or ____cm  体重：____lbs. or ____kg
--	---

For baseline use only:

### 背景信息

以下这些问题是关于你的一些基本信息，这些信息将仅用于本次研究学习。本研究中所有其他您提供的内容和信息都将会保密。

1. 您的性别是	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
2. 您的出生日期是？（月/日/年）	____/____/19____ 月 日 年
3. 您是在哪个国家/地区出生的？	<input type="checkbox"/> 中国大陆 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 台湾 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他，请明确填写____
4. 您居住在美国有多久了？	____ [请填写年份]
5. 您的婚姻状况是？	<input type="checkbox"/> 目前结婚或是同居 <input type="checkbox"/> 寡妇/鳏夫 <input type="checkbox"/> 离婚或是分居 <input type="checkbox"/> 从未结婚或是单身 <input type="checkbox"/> 其他（请明确填写）____
6. 您的就业情况是什么？	<input type="checkbox"/> 全职有收入 <input type="checkbox"/> 兼职（一份工作） <input type="checkbox"/> 兼职（多份工作） <input type="checkbox"/> 个体自雇 <input type="checkbox"/> 无职业，没有工作 <input type="checkbox"/> 其他____
7. 您的主要职业是什么？	____ [请填写]
8. 您一周平均上班多少小时？	____ [请填写小时数目]
9. 您的英文水平如何？	<input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 一点也不会

10. 您的最高学历是？	1. 从来没有上学或只上了幼儿园 2. 小学及初中学历 3. 一部分高中 4. 12 年级或者等同高中学历 5. 1-3 年专科学校或者技术学校* 6. 四年本科大学或更多（大学毕业生）* 98. 不知道/不确定 99. 不回答
<b>*如果您的答案是 5 或是 6，请回答问题 10a.</b>	
10a. 您是在美国上的大学吗？	1. 是 2. 否 98. 不知道/不确定 99. 拒绝回答
<b>我们了解一下您的收入是否影响您的糖尿病管理。</b>	
11. 您家庭的年总收入是多少？	1. <\$25,000 2. \$25,000-\$55,000 3. >\$55,000 98. 不知道/不确定* 99. 不回答
<b>*如果您的答案是 98，请回答问题 11a</b>	
11a. 您家庭的每周或每月总收入是多少？	请填写：_____ 选择 每周 或者 每月（请画圈） 98. 不知道/不确定 99. 不回答
12. 您目前的家庭收入能否满足您的基本需求（包括食物，住房，水电煤气费，药物和其他医疗保健）？	<input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 <input type="checkbox"/> 跳过
13. 您有哪种医疗保险？请在选项中标出一项	a) Medicaid（“白卡”）[有必要请读出来：Medicaid 白卡是一项医疗保险补助，适用于收入和经济来源无法支付医疗费用的人群] b) Medicare（“红蓝卡”）[Medicare 红蓝卡是一项针对 65 岁及以上人士或残疾人士的健康保险计划] c) 私营保险公司出售的保险 d) 其他公共/政府保险(像 Family Health Plus, Child Health Plus) e) 工作的公司所提供保险 f) 没有保险 g) 其他 _____

For baseline, 3-month, and 6-month follow-up:

## 饮食摄入

在过去的几个月里：

1. 您一周有多少次吃快餐或是不健康的零食（甜饼干）？	回答	少于一次	1-3 次	4 次或更多
2. 您每天吃多少份水果？		5 份或更多	3-4 份	2 份或更少
3. 您每天吃多少份蔬菜？		5 份或更多	3-4 份	2 份或更少
4. 您每天喝多少甜汽水饮料（可乐，雪碧）或奶茶？		少于 1 杯	1-2 杯	3 杯或更多
5. 您一周多少次吃鸡肉，鱼，豆类（如黄豆，毛豆，黑豆，绿豆，红豆）？		3 次或更多	1-2 次	少于 1 次
6. 您一周多少次吃全脂的薯片或饼干（包装上没有标志低脂肪的那种）？		少于等于 1 次	2-3 次	4 次或更多
7. 您一周多少次吃全脂蛋糕面包和其他甜品（包装上没有标志 低脂肪的那种）？		少于等于 1 次	2-3 次	4 次或更多
8. 您一般用多少猪油，人造黄油、黄油或来调味蔬菜或者涂抹 面包、土豆或玉米？		很少	一些	很多

1 杯水果可含有：

- 1 个中等苹果
- 1 个小香蕉
- 1 个中等橙子
- 4 个大草莓
- 1 个中等的梨
- 2 个大李子
- 32 个无籽葡萄
- 0.5/半杯干果
- 1 英寸宽（2.5 厘米）的西瓜

1 杯蔬菜可含有：

- 3 个西兰花
- 1 杯煮熟的绿叶菜
- 2 杯生菜或是生绿菜
- 12 个小胡萝卜
- 1 个中等的土豆
- 1 个大地瓜
- 1 个大玉米
- 1 个新鲜的大西红柿
- 2 条大芹菜棒
- 1 杯煮熟的鲜豆

9. 总体来说，您的饮食有多健康？

- ☐ 极健康  
☐ 很健康  
☐ 健康  
☐ 还可以  
☐ 不健康

10. 您多久会去看食品标签？

- ☐ 几乎从不\*  
☐ 有时  
☐ 经常  
☐ 总是

**\*如果您的答案是“几乎从不”，跳过问题 10a**

10a. 您对食品营养标签上的信息了解有多少？

- ☐ 很了解  
☐ 了解  
☐ 不了解  
☐ 完全不了解

11. 谁是您家里做大部分食物采购和做饭的人？

- ☐ 我自己  
☐ 我配偶  
☐ 我成年的孩子  
☐ 老年中心送饭到我家

- ☐ 我们不做饭，主要在外用餐或外带食物
- ☐ 其他，请具体说明 \_\_\_\_\_

## 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\*

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 \_\_\_\_\_

**\*如果您的答案是“没做大量出汗的运动”，跳至问题 3**

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\*

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 \_\_\_\_\_

**\*如果您的答案是“没做中度运动”，跳至问题 5**

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\*

**\*如果您的答案是“没有这种情况”，跳至问题 7**

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？	<input type="text"/> 分钟/一天 <input type="checkbox"/> 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）？	<input type="checkbox"/> 从未 <input type="text"/> 次/一天 <input type="text"/> 次/周 <input type="checkbox"/> 不知道/不确定

## 充足的食物

现在，我会读出几句句子，这些句子是关于人们的粮食状况。根据这些句子，请您告诉我句子中形容的状况，在过去的 12 个月中，也就是从去年(本月)起，是经常发生，有时候发生，还是从来没有发生在(您/您家人)身上。

1. 第一句句子是：“我/我们担心在有钱去买更多食物之前，所有的食物已经吃完了。”在过去的 12 个月中，这种情况是 <u>经常发生</u> ， <u>有时候发生</u> ，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
2. “我、我们购买的食物不够，而且没有足够的钱去买更多的食物。”在过去的 12 个月中，这种情况是 <u>经常发生</u> ， <u>有时候发生</u> ，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
3. “我、我们无法负担均衡的饮食。”在过去的 12 个月内，这种情况是 <u>经常发生</u> ， <u>有时候发生</u> ，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
4. 在过去的 12 个月内，即是从去年(本月)起，(你/你家中的其他成年人)，有没有因为没有足够的钱购买食物，而减少食物的份量，或者减少餐数？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
5. [假如上一题的答案是「有」，则问这个问题] 这种情况多久发生一次？-几乎每个月，有些月份但不是每个月，还是只是一个月或两个月呢？	1. 几乎每个月 2. 有些月份但不是每个月 3. 只是一个月或两个月
6. 在过去的 12 个月内，您有没有因为没有足够的钱购买食物，而吃得比您该吃的少？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
7. 在过去的 12 个月内，您有没有因为没有足够的钱购买食物，而感到饥饿却没有进食？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
8. 在过去的 12 个月内，您有没有因为没有足够的钱购买食物，而导致体重下降？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
9. 在过去的 12 个月内，即是从去年(本月)起，(你/你家中的其他成年人)，有没有因为没有足够的钱购买食物，而一整天没有进食？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
10. [假如上一题的答案是「有」，则问这个问题] 这种情况多久发生一次？-几乎每个月，有些月份但不是每个月，还是只是一个月或两个月呢？	1. 几乎每个月 2. 有些月份但不是每个月 3. 只是一个月或两个月

现在我们会问你几句句子，是关于家里孩子的粮食状况。根据这些句子，请你想一想句子中形容的状况，在过去的 12 个月中，是经常发生，有时候发生，还是从来没有发生在您家中 18 岁以下的孩子身上。

11. “因为我/我们没有足够的钱来购买食物，我们总是依靠几种便宜的食物来喂养我/我们的小孩。”在过去的 12 个月中，这种情况是 <u>经常</u> 发生， <u>有时候</u> 发生，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
12. “我/我们无法给小孩提供均衡的膳食，因为我们负担不起。”在过去的 12 个月中，这种情况是 <u>经常</u> 发生， <u>有时候</u> 发生，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
13. “我/我们的小孩吃得不够，因为我们无法负担足够的食物。”在过去的 12 个月中，这种情况是 <u>经常</u> 发生， <u>有时候</u> 发生，还是 <u>从来没有</u> 发生在(您/您家人)身上呢？	1. 经常发生 2. 有时发生 3. 从来没有发生 4. 不知道或拒绝回答
14. 在过去的 12 个月中，即是从去年(本月)起，您有没有因为没有足够的钱购买食物，而减少(您小孩/任何一个小孩)的食物份量？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
15. 在过去的 12 个月中，有没有因为没有足够的钱购买食物，而导致(小孩的姓名/任何一个小孩)的用餐次数减少了？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
16. [假如上一题的答案是「有」，则问这个问题]这种情况多久发生一次？-几乎每个月，有些月份但不是每个月，还是只是一个月或两个月呢？	1. 几乎每个月 2. 有些月份但不是每个月 3. 只是一个月或两个月
17. 在过去的十二个月内，有没有您的小孩感到饥饿，但您无法负担食物的状况？	1. 有 2. 没有 3. 不知道
18. 在过去的 12 个月中，有没有因为您没有足够的钱购买食物，而导致(小孩的姓名/任何一个小孩)一整天没有进食？	1. 有 2. 没有 3. 不知道

## 充足的食物

1. 对一部分人来说，获得足够的食物可能是个问题。以下哪一项最符合您家在 2020 年 3 月 13 日前的食物供给情况？	1. 有足够的我（们）想吃的食物 2. 食物足够但不总是我（们）想吃的 3. 有时不够我（们）吃 4. 经常不够我（们）吃
2. 在过去 7 天内，以下哪一项最符合您家的食物供给情况？	1. 有足够的我（们）想吃的食物 2. 食物足够但不总是我（们）想吃的 3. 有时不够我（们）吃 4. 经常不够我（们）吃
3. 为什么您家没有足够的食物（或没有您想吃的食物）？请选择所有合适的选项。	1. 没有钱购买更多食物 2. 无法出门购买食物（例如交通不便，或由于身体生理或健康问题无法出门） 3. 害怕出门或不想出门购买食物 4. 无法将杂货或餐食速递到家

	5. 商店没有我想要的食物 6. 其他（请填写）： <hr/>
4. 在过去 7 天中，您或家中任何人是否得到过免费杂货或餐食？	1. 是的 2. 没有得到过
4a. 您是从哪里得到免费杂货或餐食的？ （请选择所有合适的选项）	<input type="checkbox"/> 通过学校或其他针对青少年的援助计划获得的免费餐食 <input type="checkbox"/> 救济食品发放中心 <input type="checkbox"/> 送餐服务，比如 Meals on Wheels（残障人士餐食速递） <input type="checkbox"/> 教会、犹太教堂、寺庙、清真寺或其他宗教组织 <input type="checkbox"/> 避难所或施粥场 <input type="checkbox"/> 其他社区计划 <input type="checkbox"/> 家人、朋友或邻居
5. 您或您的家人是否通过网络在线上购买亚洲裔居民特有的杂货？	1. 是 2. 否 3. 不知道/不确定
6. 如果没有，哪些因素让您不愿意过网络在线购买杂货？请选择所有合适的选项。	<input type="checkbox"/> 价格昂贵 <input type="checkbox"/> 总体商品种类太少 <input type="checkbox"/> 缺少特殊种类的食品（例如亚洲民特有的杂货） <input type="checkbox"/> 食物品质不佳 <input type="checkbox"/> 缺少社交互动 <input type="checkbox"/> 无法直观感知商品（触摸、观察、嗅气味） <input type="checkbox"/> 没有会员/老顾客优惠 <input type="checkbox"/> 冷冻/生鲜食品需付额外配送费用 <input type="checkbox"/> 交流的语言选择有限 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）： <hr/> <input type="checkbox"/> 不知道
7. 如果不是，哪些因素会鼓励您开始在线购物？请选择所有合适的选项。	<input type="checkbox"/> 免配送费用 <input type="checkbox"/> 价格更低 <input type="checkbox"/> 接受电子福利转账 <input type="checkbox"/> 总体商品种类增加 <input type="checkbox"/> 更多特殊食品种类（例如无麸质和有机食品） <input type="checkbox"/> 更高品质的食物 <input type="checkbox"/> 更多语言选择 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）： <hr/>

## 减重信心



我们想要知道您在不同情形下能够有多大的信心控制住饮食。对于接下来的每个问题，请选择在当下最能反映你信心的数值。

	非常 没信心									非常 有信心
1. 我可以在我焦虑或紧张的时候控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. 我可以在周末时掌控自己的饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. 即使在我必须对人说“不”的时候，我依然可以控制住自己的饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. 我可以在感觉身体很疲惫的时候控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. 我可以在我看电视的时候控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. 我可以在我沮丧低落时控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. 我可以在各种各样食物面前控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. 即使在我觉得拒绝再来一些食物很不礼貌的时候，我也能控制住自己的饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. 我可以在头痛时控制住不乱吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. 我可以在看书时控制住不乱吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. 我可以在生气时控制住自己不要吃太多。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. 我可以在派对时控制住自己不要吃太多。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. 我可以在别人给我压力让我想吃东西时控制住自己不吃。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. 我可以在我痛苦时控制住自己的饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. 我可以在快睡觉前控制住不吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. 在我经历失败的时候，我也能控制住不乱吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. 在有高热量食物的时候，我也能控制住不乱吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. 即使在我觉得别人会因为我不吃东西而感到不快的时候，我也能控制住不乱吃东西。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. 我可以在我感觉不舒服时控制住饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. 我可以在我开心的时候控制住饮食。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

## 健康的社会决定因素

	是	否
1. 您愿不愿意上课来帮助您提高英语读写能力或让您取得高中文凭？		
2. 您是否在获取儿童用品上，比如尿不湿，儿童车座，婴儿车等，需要帮助？		
3. 您是否需要在您工作或上课的时候，找人来帮您带孩子？		
4. 您的家里是否有霉，破墙，掉色，昆虫和老鼠等问题？		
5. 您是否担心由于没有钱付房租，电被拉断或被驱逐，因此家人居无定所？		
6. 您有没有因为家庭暴力而有不安全感？		
7. 您是否需要加入来协助您和家人申请医疗保险和减少缴税的项目？		
8. 您是否需要律师来协助您解决移民身份，离婚，监护权等问题？		
9. 您是否担心过您的孩子的行为（比如发脾气和击打）？		
10. 在过去的一年里，您有没有因为交通不便而影响您去看医生，参加会议，工作，或完成其他生活中需要的事务？		
11. 您或您的家人有需要帮助戒烟，戒酒或戒断药物的吗？		

12. 您或您认识的人是否有因为是因为是华裔而经历过种族歧视或者受到不公平的待遇（比如，因为是华人或者移民的身份最先被炒鱿鱼，不给升职，被分配更多更脏更累的活，或者其他的日常生活中）？		
--	--	--

## 看医生

1. 距离您上次看医生大约有多久了？	0. 从未有过* 1. 过去一年内（少于 12 个月） 2. 过去 2 年内（大于 1 年但小于 2 年） 3. 最近 3 年内（大于 2 年但小于 3 年） 4. 过去 5 年内（大于 3 年但小于 5 年） 5. 过去 10 年内（大于 5 年但小于 10 年） 6. 10 年前或更长时间 7. 拒绝回答* 9. 不知道*
--------------------	--

\*如果第 1 题的回答是“从未”，“拒绝回答”，“不知道”，跳至问题 4

2. 您刚才提到的看医生是每年一次的体检吗？	1. 是的* 2. 不是 7. 拒绝回答 9. 不知道
------------------------	--------------------------------------

\*如果第 2 题的回答是“是的”，跳至问题 4

3. 距离您上次去看医生或上次体检大约有多久了？	0. 从未有过* 1. 过去一年内（少于 12 个月） 2. 过去 2 年内（大于 1 年但小于 2 年） 3. 最近 3 年内（大于 2 年但小于 3 年） 4. 过去 5 年内（大于 3 年但小于 5 年） 5. 过去 10 年内（大于 5 年但小于 10 年） 6. 10 年前或更长时间 7. 拒绝回答* 9. 不知道*
--------------------------	--

4. 如果您生病并需要医疗保健，是否有您通常会去的地方？	1. 是的 2. 没有这样的地方* 3. 我会去不止一个地方 7. 拒绝回答 9. 不知道
------------------------------	---

\*如果第 4 题的回答是“没有这样的地方”，跳至问题 6

5. 您最常去看医生的地方是什么地方——医生办公室或保健中心；急诊中心、药房的诊所；医院急诊室； 退伍军人医疗中心或门诊；还是其他地方？	1. 医生办公室或保健中心 2. 急诊中心，或在药房的诊所 3. 急诊室 4. 退伍军人医疗中心或门诊 5. 其他地方 6. 不经常去一个地方
--	--

必要时请读：医生办公室或健康中心是您每次看同一位医生或同一组医生的地方，您通常需要提前预约，并保存您的医疗记录 必要时请读：药店或杂货店的紧急护理中心和诊所是您无需提前预约的地方，而且每次就诊时通常不会看到同一位医疗保健提供者。	7. 拒绝回答 9. 不知道
6. 在过去的 12 个月中，您是否因为费用问题而延迟接受医疗护理？	1. 有 2. 没有 7. 拒绝回答 9. 不知道
7. 在过去的 12 个月中，您是否有任何时候由于费用问题没有获取需要的医疗服务？	1. 有 2. 没有 7. 拒绝回答 9. 不知道

## 压力量表

下面表格中的问题会询问您在上个月时的心情和想法。在不同情况下，请您圈出您产生此心情或想法的频率。

	从 未	偶 尔	有 时	经 常	总 是
1. 在上个月时，您会因为出乎意料的事情发生而感到不安或沮丧吗？	0	1	2	3	4
2. 在上个月时，您会感到自己无法控制生活中重要的事情吗？	0	1	2	3	4
3. 在上个月时，您会感到紧张或有压力吗？	0	1	2	3	4
4. 在上个月时，您会对自己处理个人事情的能力感到有信心吗？	0	1	2	3	4
5. 在上个月时，您会感到事情在朝着你的预期发展吗？	0	1	2	3	4
6. 在上个月时，您会感到自己无法处理所有必须要完成的事情吗？	0	1	2	3	4
7. 在上个月时，您会感到自己能够控制或处理好生活中懊恼的情绪或事情吗？	0	1	2	3	4
8. 在上个月时，您会感到自己可以未雨绸缪，掌控事情的全局吗？	0	1	2	3	4
9. 在上个月时，您会因为事情的发展超出您的掌控而感到气愤吗？	0	1	2	3	4
10. 在上个月时，您会感到困难重重而自己无法克服它们吗？	0	1	2	3	4

## PHQ-2 问卷

在过去两周里，您有多少次受到过以下问题的困扰？

	从 未	有 几 天	多 于 一 般 天 数	几 乎 每 天
1. 不感兴趣或不高兴做事情。	0	1	2	3
2. 感到低落、沮丧、没有希望。	0	1	2	3

## GAD-2 问卷

在过去两周里，您有多少次受到过以下问题的困扰？

	从 未	有 几 天	多 于 一 般 天 数	几 乎 每 天
--	--------	-------------	----------------------------	------------------

1. 感到紧张、焦虑或不安。	0	1	2	3
2. 无法停止或控制担忧。	0	1	2	3

### 基本健康信息

1. 您会如何描述自己的健康状况呢？		非常好 很好 好 一般 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. 您平时的疲劳程度如何？		1. 无 2. 轻度 3. 中等 4. 严重 5. 非常严重
5. 您是否有被您的医生告知您有或者曾经有过以下状况？		
<input type="checkbox"/> 糖尿病前期 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 肺部疾病	<input type="checkbox"/> 高胆固醇 <input type="checkbox"/> 胃部疾病或溃疡 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 肝脏疾病 <input type="checkbox"/> 中风	<input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 抑郁症/焦虑症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 背部疼痛 <input type="checkbox"/> 记忆力减退，轻度认知障碍或阿尔兹海默症 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 肝炎（甲肝，乙肝，或丙肝） <input type="checkbox"/> 其他，请注明_____
6. 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*
*如果答案是“我从没抽过烟，不适用”，跳至问题 10		
6a. 您上次抽烟是什么时候？抽了一口也算		_____（日期）
7. 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
8. 在您抽烟的日子里，您平均每天抽多少根烟？（一包烟一般有 20 根）		_____支烟/一天
9. 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？		a. 是 b. 否 c. 过去三个月没有抽烟
10. 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		a. 每天 b. 一周 5-6 次 c. 一周 3-4 次

- d. 一周 2 次
- e. 一周 1 次
- f. 一月 2-3 次
- g. 一月一次
- h. 过去一年 3-11 次
- i. 过去一年 1-2 次
- j. 完全没喝酒

## 健康知识

请圈出最能代表您回答的选项。

	总是	经常	有时	偶尔	从不
1. 您需要别人帮助您阅读医院资料吗？是总是发生，经常发生，有时，偶尔，还是从不？	1	2	3	4	5
2. 您会因为看不懂医生给你的打印材料而难以了解自己的健康状况吗？是总是发生，经常发生，有时，偶尔，还是从不？	1	2	3	4	5
3. 医生口头给你讲的问题您是不是很难听懂？是总是发生，经常发生，有时，偶尔，还是从不？	1	2	3	4	5
	完全没有	一点点	有一些	较大	非常
4. 您对自己填写医疗表格有信心吗？	1	2	3	4	5

## 电子设备使用水平

我想要询问您电子健康的看法以及用互联网获取健康信息的相关经历。对于以下每个陈述，请告诉我哪一个回答最能反应您的观点或经历。

	强烈 不同意	不 同意	无法 决定	同 意	强烈 同意
1. 我知道互联网上有哪些健康资源可用。	1	2	3	4	5
2. 我知道在互联网上哪里可以找到有用的健康资源。	1	2	3	4	5
3. 我知道如何在互联网上找到有用的健康资源。	1	2	3	4	5
4. 我知道如何使用互联网回答我的健康问题。	1	2	3	4	5
5. 我知道如何使用我在互联网上找到的健康信息来帮助我自己。	1	2	3	4	5
6. 我具备评估在互联网上找到的健康资源所需的技能。	1	2	3	4	5
7. 我能分辨出互联网上优质健康资源和低质量健康资源。	1	2	3	4	5
8. 我有信心使用互联网信息做出健康决定。	1	2	3	4	5

## 社区/邻里关系

您有多频繁会感觉。。。

	经常	有的时候	几乎没有	从来没有	不确定	拒绝回答
--	----	------	------	------	-----	------

1. 您和周围的人有很多共同点						
2. 您是社区的一份子						
3. 您可以向邻居寻求帮助						

### 融入美国文化程度

以下问题将询问您的文化适应程度。文化适应是指分享或学习其他群体的文化特征或社会模式的过程。请单选您认为正确描述自己的选项。

	仅中文	中文多 过英文	中英 均等	英文多 过中文	仅英文
1. 整体而言, 您用什么语言阅读和交流?					
2. 您在小时候用什么语言?					
3. 您在家经常用什么语言说话?					
4. 您经常用什么语言思考?					
5. 您经常用什么语言和您的朋友交流?					
6. 您经常观看什么语言的电视节目?					
7. 您经常收看什么语言的网络视频 (youtube, 微信, 抖音, 快手)?					
8. 整体而言, 您倾向于观看或收听什么语言的电影、电视节目、广播电台?					
	仅中国人	中国人 多过美国 人	一半 一半	美国人多 过中国人	仅美国 人
9. 您的好友是?					
10. 您倾向于参加的聚会是?					
11. 您经常联系/串门的人是?					
12. 如果您能够选择您孩子的朋友是谁, 您希望他们是?					

### 简易疾病认知量表

下面的问题是关于您对糖尿病的一些看法, 请在符合您看法的数字上画圈:

1. 您的血糖有点偏高对您的生活有多大影响? (体重偏重)	毫无影响	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重影响我的生活
2. 您认为糖尿病会持续多长时间?	很短时间	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	永远
3. 您认为您有多大把握可以预防糖尿病?	完全不能	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	完全可以
4. 您认为医生的治疗对预防糖尿病有多大的帮助?	毫无帮助	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极其有帮助
5. 糖尿病可能会导致多少症状?	毫无症状	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	许多严重的症状
6. 您有多担心患上糖尿病?	毫不关心	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	极其关心
7. 您对糖尿病有多少了解?													

毫不了解	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常了解
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

8. 你比其他人更有可能患上糖尿病，这在多大程度上会影响您的情绪？（例如，生气，害怕，心烦意乱，或是郁闷消沉）

毫无影响	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	严重影响
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------

9. 请按照次序列出您认为会导致糖尿病的主要原因.

我认为导致糖尿病的三个主要原因是：

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

对本研究的满意度（仅适用于干预组）					
您对以下的声明同意程度如何？					
	强烈 不同意	不 同意	无法 决定	同意	强烈 同意
1. 接收和观看纽约大学发来的糖尿病预防微信视频对于我来说挺容易	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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 (*仅适用于正在服用糖尿病药物的参与者)	1	2	3	4	5
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减重	1	2	3	4	5
6. 我觉得纽约大学这个研究增加了我预防糖尿病的信心	1	2	3	4	5
7. 我愿意在将来参与类似的活动来帮助预防糖尿病	1	2	3	4	5
8. 我会向有糖尿病风险的其他亲戚朋友推荐这个项目	1	2	3	4	5
9. 比起跟医生预约然后去医生办公室接受这样的糖尿病预防健康教育， 我更愿意在家通过微信视频的方式来学习更多预防糖尿病的知识	1	2	3	4	5
10. 总体来说，你对我们的项目有多满意？	非常不 满意	一点 点	中立	很满 意	非常 满意