

說明:

- 請使用黑色或藍色墨水筆完全覆蓋圓圈內部。
- 手寫回答應使用大寫字母工整書寫。

————— 示例:

————— 示例:

J	A	1	2
---	---	---	---

本調查列出的問題可以幫助登記系統瞭解 COVID-19 (又稱為「2019 年冠狀病毒病」) 疫情給您的生活和健康造成了怎樣的影響。儘管該病毒有時被稱為冠狀病毒, 但我們將在整個調查問卷中使用 COVID-19 一詞。

1. 請填寫今天的日期:

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
						2	0	2	

2. 您的出生日期?

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y

3. 您在出生時被指定為什麼性別?

- 女
- 男
- 既非女性也非男性

4. 您是否曾經感染過 COVID-19?

- 是
- 否 → 見問題 20

5. 您是如何知道自己感染過 COVID-19 的? 請選擇所有適用選項。

- 在檢測站點、診所或健康照護提供者處做 PCR 檢測結果呈陽性因而確診
- 做快速檢測或居家檢測結果呈陽性因而確診
- 健康照護提供者懷疑我感染了 COVID-19, 但我未做檢測
- 基於抗體檢測結果
- 其他理由 (請具體說明):

6. 您認為自己是何時首次感染 COVID-19 的? 如果記不清楚, 請給出最佳估計。

M	M	/	Y	Y	Y	Y
			2	0	2	

7. 您是否認為自己曾感染 COVID-19 一次以上?

- 是
- 否 → 見問題 9

8. 您認為自己最近一次感染 COVID-19 是什麼時間? 如果記不清楚, 請給出最佳估計。

M	M	/	Y	Y	Y	Y
			2	0	2	

9. 在您感染 COVID-19 期間, 出現過以下哪些症狀? 請選擇所有適用選項。請選擇您在感染 COVID-19 期間開始出現或加重的任何症狀。如果您曾感染 COVID-19 一次以上, 請參照症狀最重的那次患病經歷。

- 沒有症狀 → 見問題 18
- 發燒/盜汗/打寒顫或發抖
- 呼吸急促 (呼吸困難)
- 咳嗽
- 氣喘
- 胸痛/胸部不適/胸悶
- 噁心/嘔吐/腹瀉/腹痛
- 肌肉/關節疼痛或酸痛
- 疲勞
- 鼻塞或流鼻涕
- 頭痛
- 喉嚨痛
- 味覺或嗅覺喪失
- 感到恍惚/難以思考或集中精神/腦霧
- 其他症狀 (請具體說明):

————— 見問題 10

--	--	--	--	--	--	--	--

10. 您因 COVID-19 症狀而身體不能正常運作的時間有多長？

- 我的身體一直能正常運作
- 一至三天
- 四至六天
- 至少一週，但少於兩週
- 至少兩週，但少於四週
- 至少四週，但少於 12 週
- 12 週或更長

11. 您因出現症狀而採取了以下哪些措施？請選擇所有適用選項。

- 我前往現場（例如診所、醫師診所，急救處/急診室/急診科）當面向健康照護提供者求診。
- 我透過電話、視訊或電子郵件與健康照護提供者進行了溝通。
- 我因擔心自己的症狀而打電話給 911 或其他應急服務機構。
- 我自我居家隔離或檢疫隔離。
- 以上都沒做。

12. 您是否因感染 COVID-19 或因出現 COVID-19 症狀而住院治療？若因非 COVID-19 原因住院，且繼而在醫院檢測為 COVID-19 陽性，此種住院請勿計算在內。

- 是，一次
- 是，多次
- 否 → 見問題 15

13. 您因感染 COVID-19 而住院多久？

如果您曾因 COVID-19 住院一次以上，請考慮您因 COVID-19 住院時間最長的一次來回答此問題。

- 不超過 24 小時
- 超過 24 小時，但少於一週
- 至少一週，但少於兩週
- 至少兩週，但少於四週
- 至少四週，但少於八週
- 超過八週

14. 當您因 COVID-19 而住院時，是否曾經：

(請選擇所有適用選項。)

- 收治於重症監護室 (intensive care unit, ICU)
- 接受插管治療/使用呼吸機
- 吸氧（通過面罩或鼻導管）
- 接受腎臟透析
- 以上都沒做

15. 您在患上 COVID-19 超過 12 週後，是否出現了以下問題？請選擇所有適用選項。請僅考慮無法用其他原因解釋的症狀。

- 不尋常的疲勞或疲倦感
- 呼吸困難、呼吸急促或咳嗽
- 感到恍惚/難以思考或集中精神/腦霧
- 味覺或嗅覺改變
- 肌肉或關節疼痛
- 睡眠有困難
- 站立時頭暈
- 焦慮或抑鬱
- 其他問題（請具體說明）：

以上都沒有 → 見問題 18

16. 您目前是否有這些症狀？

- 是
- 否

17. 您的健康照護提供者在多大程度上幫助您減輕了這些症狀？

- 很大
- 有些
- 少許
- 一點沒有
- 不適用，我未曾因為這些症狀去向健康照護提供者求診

此處為刻意留白。
請見下一頁的問題 18。

--	--	--	--	--	--	--	--

COVID-19 後續調查

18. 健康照護提供者是否告訴過您，因感染 COVID-19，您可能出現新的症狀、疾病或殘障？

- 是
 否 → 見問題 20

19. 健康照護提供者認為您可能因 COVID-19 而出現哪些新的症狀、疾病或殘障？請選擇所有適用選項。

- 病毒後疲勞症候群
 COVID-19 後症候群（或長期 COVID）
 腿部、心臟、肺部或大腦中出現血栓
 心臟病（例如心絞痛，心臟病發作或充血性心力衰竭）
 肺部疾病
 中風（腦血管疾病）
 影響思維或大腦功能的疾病（例如抑鬱症、焦慮症或其他疾病，如失智症）
 影響大腦以外神經系統的疾病
 影響腎臟的疾病
 甲狀腺疾病
 高血壓或血壓高
 糖尿病或高血糖
 關節炎（包括骨關節炎或風濕病）
 癌症或惡性腫瘤（包括白血病）
 其他疾病（請具體說明）： _____

20. 考慮一下您的身體健康狀況，包括身體疾病和損傷，在過去 30 天內，有多少天您的身體健康不佳？

天

21. 考慮一下您的心理健康狀況，包括壓力、抑鬱和情緒問題，在過去 30 天內，有多少天您的心理健康不佳？

天

22. 在過去 30 天內，由於身體或心理健康狀況不佳，使您無法從事日常活動的天數是多少？

天

23. 與 COVID-19 疫情開始之前相比，您現在的身體健康是更好了、更差了還是大致相同？

- 更好
 更差
 大致相同

24. 與 COVID-19 疫情開始之前相比，您現在的的心理或情緒健康是更好了、更差了還是大致相同？

- 更好
 更差
 大致相同

--	--	--	--	--	--	--	--

25. 您接種了幾劑 COVID-19 疫苗？

- 零劑 → 見問題 27
- 一劑
- 兩劑
- 三劑
- 四劑或更多

26. 我們想知道您何時接種了 COVID-19 疫苗，包括任何加強針。請使用您的 COVID-19 疫苗接種卡，將您每次接種 COVID-19 疫苗的月份和年份以及每劑疫苗的品牌資訊填入下表。如果您沒有疫苗接種卡，亦可使用最佳估計。

	接種月份和年份	疫苗品牌												
第一劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									
第二劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									
第三劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									
第四劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									
第五劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									
第六劑	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>M</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech, Comirnaty) <input type="radio"/> 莫德納 (Moderna, Spikevax) <input type="radio"/> 強生/楊森 (J&J/Janssen) <input type="radio"/> 其他品牌 (請具體說明) : _____
M	M	Y	Y	Y	Y									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	2	<input type="text"/>									

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

27. 在 COVID-19 疫情之前，您是否患過以下任何疾病？請選擇所有適用選項。請勿將您在疫情期間或之後所患疾病計算在內。

- 心血管疾病或心臟病
- 癌症
- 慢性腎病
- 慢性肝病
- 呼吸系統慢性疾病（例如哮喘或慢性支氣管炎）
- 囊性纖維化
- 失智症或其他神經系統疾病
- 殘障
- 免疫缺陷，或服用抑制免疫系統的藥物
- 心理健康疾病（例如抑鬱症、精神分裂症譜系疾病或物質使用不當）
- 鎌狀細胞病或地中海貧血症
- 實體器官或血液幹細胞移植
- 結核病
- 以上都沒有

28. 在過去 12 個月內，您是否延誤了所需的醫療照護？

- 是
- 否 → 見問題 32

29. 在過去 12 個月內，您延誤了或未能獲得哪種醫療照護？請選擇所有適用選項。

- 預防性照護（例如，年度體檢或牙齒清潔）
- 診斷性手術
- 慢性病照護
- 專科醫師看診
- 手術
- 處方藥物
- 疼痛護理
- 心理健康相關問題的照護
- 癌症篩檢（請具體說明）：

其他類型照護（請具體說明）：

30. 在過去 12 個月內，您為何延誤或未能獲得所需的醫療照護？請選擇所有適用選項。

- 無法及時獲得預約
- 害怕去診所/醫師辦公室
- 擔心在獲得照護時感染 COVID-19
- 認為所需的照護可以安全推遲
- 無法抵達診所/醫師辦公室（交通問題）
- 不知道從哪裡獲得醫療照護/檢測/治療
- 沒有時間
- 擔心獲得照護的花費
- 沒有保險或自己的保險沒有相關承保
- 醫師、護士或接待人員所說的語言與您不同
- 無法在工作時請假
- 無法獲得托兒服務，或無法獲得照護另一名家庭成員方面的幫助
- 由於 COVID-19 相關病例激增，醫護人員短缺或政府政策導致選擇性手術推遲
- 其他原因（請具體說明）：

31. 您延誤的醫療照護是否包括由世貿中心健康計畫 (World Trade Center Health Program, WTCHP) 認證的任何 9/11 相關疾病？9/11 相關疾病認證是指聯邦 WTCHP 確定您的疾病符合由 WTCHP 提供治療的條件。

- 是
- 否
- 不適用——沒有患上 WTCHP 認證的 9/11 相關疾病

32. 自 COVID-19 疫情開始以來，您是否在某一時間沒有醫療保險？

- 是
- 否 → 見問題 34

33. 自 COVID-19 疫情開始以來，您沒有醫療保險的時間有多長？

週 或者 月

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

34. 自 COVID-19 疫情開始以來，健康照護提供者是否診斷出您患有以下任何心理健康疾病？請選擇所有適用選項。
請勿將 COVID-19 疫情之前診斷出的心理健康疾病包括在內。

- 抑鬱
- 創傷後應激障礙 (Post-traumatic stress disorder, PTSD)
- PTSD 以外的焦慮症
- 酒精或藥物使用方面的問題
- 其他心理健康問題，包括神經或情緒問題
- 自 COVID-19 疫情開始以來，我未被診斷出患有心理健康疾病

35. 下面列出了人們在應對艱難經歷（如 COVID-19 疫情）過程中有時會遇到的問題。在過去 30 天內，您在多大程度上受到這些問題的困擾：

	沒有困擾	有些困擾	中度困擾	相當困擾	極度困擾
a. 與 COVID-19 經歷相關的記憶令人不安且不情願地反復出現？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 當某事使您想起與 COVID-19 疫情相關的經歷時，您會感到心情十分沉重？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 迴避與 COVID-19 疫情相關經歷的回憶、想法或感受？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 迴避會讓你想起與 COVID-19 疫情相關經歷的外部事物（例如人物、地點、對話、行為、器物或情形）？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 對自己、他人或世界懷有強烈的負面看法（例如以下的想法：我很糟糕，我有嚴重的問題，不能信任任何人，世界處處危險）？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 對您曾經喜歡的活動失去興趣？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 焦慮不安，或容易受到驚嚇？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 無法集中精神？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

COVID-19 後續調查

36. 在過去的 30 天內，您有多經常出現下列感覺：

	從未有	偶爾有	有時有	經常有	總是有
a. 非常憂傷，以至沒有什麼可以讓您高興？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 緊張？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 焦慮或不安？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 無望？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 什麼事情都很難？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 自己毫無價值？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. 為您做下列事情的人有多經常出現：

	從未有	偶爾有	有時有	經常有	總是有
a. 在需要時帶您去看醫生？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 與您共度快樂時光？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 擁抱您？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 在您自己無法做到時為您準備餐食？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 理解您的難處？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. 請指出以下陳述在多大程度上描述了您的感受。

	是	差不多	否
a. 我時時會感到空虛。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 當我遇到問題時，有許多人可以靠得上。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 有許多人我可以完全信任。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 我不缺能夠讓我感到親近的人。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 我盼望週圍有人。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 我常常感覺受到否定。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

問題 39-41 涉及敏感話題，可能會使有些人感到不舒服。如果某個問題讓您感到不安，您無需回答。請記住，對您的所有回答都會保證隱秘。

39. 自 2020 年 1 月以來，是否有與您親近的人去世？

- 是
 否 → 見問題 42

問題 40 和 41 會幫助我們瞭解您是在如何應對悲痛。如果有一個以上與您親近的人去世，請考慮對您影響最大的喪失。

40. 這是否發生在...

- 不到六個月之前 → 見問題 42
 六到 12 個月之前
 超過 12 個月之前

41. 想想對您影響最大的喪失：

	不，完全沒有	是，有一些	是，很是如此
a. 您是否難以接受親人的死亡？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 您的哀痛影響到目前的生活嗎？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 自從您的親人去世後，您是否感到與他人出現隔閡或疏遠，包括您曾經親近的人，例如家人或朋友？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 您是否在想到親人之死時深感難過？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 有沒有親人在世時您常做的事情，現在卻不願意做或避免去做？這可能包括不做你們過去喜歡一起做的事情或避免談論這些事情。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

此處為刻意空白。
 請見下一頁的問題 42。

--	--	--	--	--	--	--	--

42. 在過去 30 天內，您在大多數夜晚的實際睡眠時間是多少？

- 不超過四小時
- 四小時
- 五小時
- 六小時
- 七小時
- 八小時
- 九小時
- 10 小時
- 11 小時或更長

43. 在過去 30 天內，您如何評價您的總體睡眠品質？

- 很好
- 相當好
- 相當差
- 很差

44. 在過去 30 天內，您在一天中感到過度或超常睏倦有多經常？

- 從不
- 很少（每月一次）
- 有時（每月兩至四次）
- 經常（每月五至 15 次）
- 幾乎總是（每月 16 至 30 次）

45. 在過去 30 天內，您服用藥物幫助入睡或保持睡眠有多經常？包括處方藥和開架藥。

- 從不
- 有些日子
- 大部分日子
- 每天

46. 在過去 12 個月內，除了偶爾忘記新近遇到的人的名字之外，您是否感到過恍惚或記憶力減退？

- 是
- 否 → 見問題 50

47. 在過去 12 個月內，您的恍惚或記憶力減退是否更為頻繁或更加嚴重？

- 是
- 否

48. 在過去 12 個月內，由於恍惚或記憶力減退，您放棄以往從事的日常家庭活動或日常家務（如做飯、清潔、服藥、駕駛，或支付帳單）有多經常？

- 總是
- 通常
- 有時
- 很少
- 從不

49. 您或其他人是否與健康照護專業人員討論過您的恍惚或記憶力減退的情況？

- 是
- 否

此處為刻意空白。
請見下一頁的問題 50。

--	--	--	--	--	--	--	--

50. 自 COVID-19 疫情開始以來，您是否曾經受僱或自僱過？

- 是
- 否 → 見問題 58

51. 自 COVID-19 疫情開始以來，您曾在哪些類型的環境中工作過？請選擇所有適用選項。

- 在家中
- 在醫療環境中（醫院、診所、醫師診所、急救中心、護理機構、化驗室等。）
- 在辦公樓或公寓樓中
- 在私人住宅或房屋中（家庭健康照護、保姆、住宅服務人員等。）
- 在與客戶有例行互動的工作環境中（送貨、材料運輸、零售、食品服務、餐館、酒店、藥房等。）
- 在公共或私人交通機構中（鐵路、公交、計程車、豪華轎車、共用車輛等）
- 在社區中做先遣應急救援人員（警員、緊急醫療服務、消防員、國民衛隊等。）
- 在倉庫或工廠中
- 在學校或教學環境中
- 在機構性環境中（教改所、監獄、收容所等）
- 在戶外環境中（園藝、農業、漁業或狩獵、建築、道路工程、起重機操作員等等）
- 其他環境中（請具體說明）：

52. 自 COVID-19 疫情開始以來，您有否離家上班以提供基本服務（如健康照護提供者、救援人員、必需品零售）？

- 是
- 否 → 見問題 56

53. 自 COVID-19 疫情開始以來，您是否從事過必要工作，或您從事這類工作有多久？

月

54. 自 COVID-19 疫情開始以來，在您工作的日子中，您的工作要求您在室內環境中與他人面對面接觸有多經常？如果您有一份以上的工作，請根據您從事時間最長的那份工作回答此問題，或將其視為您的主要工作。

- 從來沒有
- 部分時間
- 多數時間
- 所有時間

55. 在您的工作場所，與他人得以保持 6 英尺距離有多經常？如果您有一份以上的工作，請根據您從事時間最長的那份工作回答此問題，或將其視為您的主要工作。

- 從來沒有
- 部分時間
- 多數時間
- 所有時間

56. 您現在做的工作是否與 COVID-19 疫情開始時所做的工作相同？

- 是 → 見問題 58
- 否

57. 您沒有從事同一工作的原因是什麼？請選擇所有適用選項。

- 我已退休
- 僱主將我解僱、讓我暫停工作，或讓我臨時無薪或帶薪休假
- 由於 COVID-19 疫情相關限制，我無法繼續工作或經營業務
- 由於 COVID-19 疫情，我的僱主停業或暫時關閉業務
- 我停止工作是因為我有 COVID-19 併發症的風險高
- 我擔心會感染或傳播 COVID-19
- 我正在從 COVID-19 感染中恢復或正在照護感染了 COVID-19 的人員
- 與 COVID-19 無關的其他原因
- 與 COVID-19 相關的其他原因（請具體說明）：

COVID-19 後續調查

58. 您的家庭是否因 COVID-19 疫情遭受了以下任何財務困難？請選擇所有適用選項。

- 無法支付租金或抵押貸款
- 無法支付瓦斯、燃油或電費帳單
- 無法支付電話費（包括手機費）或互聯網賬單
- 因為缺錢無法購買食品雜貨
- 被要求遷出住處或受到驅逐或止贖的威脅
- 陷入無家可歸的處境
- 以上都不是

59. 現在，您的家庭財富與 COVID-19 疫情開始之前的家庭財富相比如何？財富是您的資產（如儲蓄、股票、房屋淨值）和負債（如抵押貸款、信用卡債務和學生貸款）之間的差額。

- 沒有變化
- 我的家庭財富減少了
- 我的家庭財富增加了

60. 請對以下陳述表明您同意或不同意的程度如何。

	很不同意	不同意	中立	同意	很同意
a. 我在經過艱難時刻後會很快恢復。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 我難以度過艱難時刻。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 我不需很久便可從艱難時刻中恢復過來。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 出現不利情況時，我很難快速恢復。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 我通常可以安然度過艱難時刻。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 我克服生活挫折往往需要很長的時間。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

此處為刻意空白。
請見下一頁的問題 61。

--	--	--	--	--	--	--	--

61. 由於 COVID-19 疫情，我經歷了以下變化：

	從未有	很小程度	較小程度	中等程度	較大程度	很大程度
a. 我改變了對生活中何為重要的考量。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 我對自己的生命價值有了更深的認識。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 我能夠在自己生活中做得更好。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 我對精神世界有了更好的理解。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 我對他人感覺更親近。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 我為自己的生活開闢了新的道路。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 我對自己克服困難的能力更加瞭解。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 我的宗教信仰更加堅定。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 我發現自己比我想像的更堅強。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 我看到了人們的許多美好品質。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. 您的社會安全號碼 (Social Security Number) 的最後四位數字是什麼？要求提供該資訊是爲了確認本調查是由收到問卷的登記者填寫完成。本資訊將被嚴格保密。如果您想透過電話提供這些資訊，請致電聯絡我們：866-692-9827。

--	--	--	--

63. 您對自己的 COVID-19 疫情經歷還有其他評論嗎？

本調查到此結束。衷心感謝您填寫這份《COVID-19 後續調查》。
我們衷心感謝您給出的回答，並將對您的回答保密。

請將填寫好的問卷放入隨附的信封內寄回。
如果沒有隨附信封，或信封丟失，請致電聯絡我們：866-692-9827。

--	--	--	--	--	--	--	--