



ภาคผนวก ค แบบสอบถาม

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560

1. ภาค..... จังหวัด.....
REG CWT
1-3
2. อำเภอ / เขต..... ตำบล / แขวง.....
AMP TMB
4-7
3. บ้านเลขที่..... ถนน..... ตรอก / ซอย.....
4. ในเขตเทศบาล EA..... AREA EA 8-11
นอกเขตเทศบาล EA..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... VILL 12-13
5. ลำดับที่ EA ตัวอย่าง..... PSU_NO 14-17
6. ชุด EA ตัวอย่าง..... ชุดครัวเรือนตัวอย่าง..... เดือน..... มีนาคม..... พ.ศ. 2560
EA_SET SAMSET 18-19
MONTH_YR 0 3 6 0 20-23
7. ลำดับที่ครัวเรือนตัวอย่าง..... ประเภทส่วนบุคคล HH_NO TYPE | 24-26
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ชั้นแจงนับ..... คน MEMBER 27-28
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ชั้นนับจุด..... คน LISTING 29-30
10. ผลการแจงนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส) ENUM 31-32

ได้ข้อมูล		รหัส	ไม่ได้ข้อมูล		รหัส	
ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ		ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ		
1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง มีครัวเรือนอาศัยอยู่	แจงนับได้	11	1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง	ไปสามครั้งไม่พบ	21	
	รื้อถอน ไฟไหม้			ผู้ตอบสัมภาษณ์		22
	เป็นบ้านว่าง			ไม่ให้ความร่วมมือ		23
2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง)	แจงนับได้	14	อื่น ๆ (ระบุ).....	หาบ้านไม่พบ	24	

แจงนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560

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

พนักงานแจงนับ ID_CODE1

ตรวจงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560

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

เจ้าหน้าที่วิชาการ ID_CODE2

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน								
ถามทุกคน							ถามอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	ถามอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป
ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	ความเกี่ยวข้องกับหัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	ศาสนา	สัญชาติ	"...(ชื่อ)...จบการศึกษาสูงสุดระดับใด?"	"...(ชื่อ)...มีสถานภาพสมรสอะไร?"
		บ้านที่กรหัส หัวหน้าครัวเรือน..... 1 ภรรยาหรือสามี..... 2 บุตรที่ยังไม่สมรส..... 3 บุตรที่สมรสแล้ว..... 4 บุตรชาย/บุตรสะใภ้..... 5 บุตรของบุตร..... 6 พ่อ แม่/พ่อแม่ของคู่สมรส..... 7 ญาติอื่น ๆ..... 8 ผู้อาศัย คนรับใช้..... 9	บ้านที่กรหัส ชาย..... 1 หญิง..... 2	บ้านที่กรหัส อายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี บ้านที่กรหัส "0"	บ้านที่กรหัส พุทธ..... 1 อิสลาม..... 2 คริสต์..... 3 พราหมณ์-ฮินดู..... 4 ซิกข์..... 5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 6 ไม่มีศาสนา..... 7	บ้านที่กรหัส ไทย..... 1 อื่น ๆ (ระบุ)... 2 ไม่มีสัญชาติ... 3	บ้านที่กรหัส ไม่เคยเรียน..... 1 ก่อนประถมศึกษา..... 2 ประถมศึกษา..... 3 มัธยมศึกษาตอนต้น..... 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย..... 5 สายสามัญ..... 5 สายอาชีพ..... 6 ปวส./ปวท./อนุปริญญา..... 7 ปริญญาตรี..... 8 สูงกว่าปริญญาตรี..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10	บ้านที่กรหัส โสด..... 1 สมรส..... 2 ฝ่าย..... 3 หย่า..... 4 แยกกันอยู่..... 5 เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ..... 6
A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน (ต่อ)			ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ (สวัสดิการข้าราชการพยาบาล)								
ถามอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			ถามทุกคน								
อาชีพ	อุตสาหกรรม	สถานภาพการทำงาน	"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการข้าราชการพยาบาลดังกล่าวหรือไม่								
"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...ทำงานอะไร" ถ้า ทำงาน บันทึกอาชีพ หรือตำแหน่งหน้าที่การงาน ที่มีชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป) ถ้า ไม่ทำงาน บันทึก "ไม่ทำ" (ข้ามไปถาม HW1_1)	"กิจกรรมหลักที่...(ชื่อ)... ทำอยู่เป็นกิจกรรม หรือผลคืออะไร" บันทึกประเภทของกิจการ หรือลักษณะของงาน ให้ชัดเจน	"...(ชื่อ)...ทำงาน ในฐานะอะไร" บันทึกรหัส นายจ้าง.....1 ผู้ประกอบธุรกิจของตนเอง.....2 ผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน.....3 ลูกจ้างรัฐบาล.....4 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ.....5 ลูกจ้างเอกชน.....6 สมาชิกของการรวมกลุ่ม ผู้ผลิต.....7 ผู้ที่ไม่สามารถจำแนก สถานภาพการทำงานได้.....8	HW1_1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) HW1_2 ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน HW1_3 ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ HW1_4 รัฐวิสาหกิจ HW1_5 หน่วยงานอิสระของรัฐ HW1_6 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น HW1_7 ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน HW1_8 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง HW1_9 อื่น ๆ (ระบุ)..... รหัสคำตอบ HW1_1 - HW1_9 ไม่มี..... 1 มี สิทธิตน..... 2 มี อาศัยสิทธิ..... 3 มี ไม่ทราบที่ใช้สิทธิใด..... 4 ไม่ทราบ..... 9								
A10	A11	A12	HW1_1	HW1_2	HW1_3	HW1_4	HW1_5	HW1_6	HW1_7	HW1_8	HW1_9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44-47	48-52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข		
ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ <i>ไม่</i> ต้องนอนในสถานพยาบาล)		
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (HW2 = 2)	
<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว ...<i>(ชื่อ)</i>...มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหรือไม่?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 <i>(ข้ามไปตาม HW5)</i></p> <p>มี..... 2 <i>(ตามต่อไป)</i></p>	<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว ...<i>(ชื่อ)</i>...มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย <i>(ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8")</i> <i>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</i></p>	<p>"อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้าย ...<i>(ชื่อ)</i>...ป่วยด้วยโรคอะไร หรือ มีอาการอย่างไร?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>หวัด/ไอ/มีน้ำมูก..... 1</p> <p>ไข้ ไอ และ ทอน ปอดบวม..... 2</p> <p>ไข้ตัวร้อน..... 3</p> <p>ท้องร่วง/ท้องเสีย/อาหารเป็นพิษ..... 4</p> <p>บิด/ถ่ายเป็นมูกปนเลือดและมีไข้..... 5</p> <p>ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ..... 6</p> <p>ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ..... 7</p> <p>ความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว..... 8</p> <p>โรคผิวหนัง/กลากเกลื้อน/ผดผื่น..... 9</p> <p>ตา/หู/คอ/จมูก..... 10</p> <p>ท่อน้ำเหลือง/ท่อน้ำเหลืองอักเสบ..... 11</p> <p>โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก/แผลในปาก..... 12</p> <p>โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว..... 13</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p>
HW2	HW3	HW4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)			
ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)			
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้าย (HW5 = 2)		
<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม HW9)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง ก็ครั้ง?"</p> <p>บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง</p> <p>(ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "9") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p>	<p>"อุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง ครั้งสุดท้ายที่...(ชื่อ)...ได้รับ เกิดจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>อุบัติเหตุจากยานพาหนะ</p> <p>รถจักรยานยนต์..... 1</p> <p>รถยนต์ รถกระบะ รถตู้ รถบรรทุกเล็ก..... 2</p> <p>รถบรรทุกขนาดใหญ่ รถยนต์โดยสารประจำทาง..... 3</p> <p>อื่นๆ เช่น เรือ เครื่องบิน ฯลฯ (ระบุ)..... 4</p> <p>ถูกเครื่องจักรกลทำไม้บาดเจ็บ..... 5</p> <p>ถูกสัตว์มีพิษกัดหรือต่อย/ถูกสัตว์ทำร้าย..... 6</p> <p>ถูกสารเคมีหรือวัตถุมีพิษ..... 7</p> <p>พลัดตกหกล้ม..... 8</p> <p>ถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก..... 9</p> <p>อุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น มีดบาด ตกน้ำ ฯลฯ (ระบุ)..... 10</p> <p>ถูกทำร้าย</p> <p>โดยใช้กำลังกาย..... 11</p> <p>โดยใช้วัตถุมีคม/ไม่มีคม เช่น มีด ไม้ ฯลฯ..... 12</p> <p>โดยวิธีอื่น ๆ เช่น ถูกยิง ฯลฯ (ระบุ)..... 13</p> <p>การทำร้ายตัวเอง..... 14</p>	<p>"อุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง ครั้งสุดท้ายที่...(ชื่อ)...ได้รับเกิดขึ้นในสถานที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ภายในบ้าน/บริเวณบ้าน..... 1</p> <p>บนท้องถนน..... 2</p> <p>ในทุ่งนา/ไร่/สวน..... 3</p> <p>โรงงาน..... 4</p> <p>สำนักงาน..... 5</p> <p>โรงเรียน..... 6</p> <p>แหล่งน้ำ..... 7</p> <p>สวนสาธารณะ..... 8</p> <p>ร้านอาหาร/สถานบันเทิง..... 9</p> <p>วัด/สถานที่ทางศาสนา..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>
HW5	HW6	HW7	HW8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)																																																																																															
ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)																																																																																															
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว (HW9 = 2)					ถามทุกคน																																																																																									
... (ชื่อ)... มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวหรือไม่? บันทึกรหัส ไม่มี..... 1 (ข้ามไปตาม HW12) มี..... 2 (ถามต่อไป)	"... (ชื่อ)... เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ว่าเป็นโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวอะไรบ้าง? (ตอบได้ไม่เกิน 5 โรค) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ชื่อโรค</th> <th style="width: 5%;">รหัส</th> <th style="width: 25%;">ชื่อโรค</th> <th style="width: 5%;">รหัส</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เบาหวาน</td><td>01</td><td>โรคกระเพาะ</td><td>22</td></tr> <tr><td>ไทรอยด์/คอพอก</td><td>02</td><td>กรดไหลย้อน</td><td>23</td></tr> <tr><td>ความดันโลหิตสูง</td><td>03</td><td>ภูมิแพ้</td><td>24</td></tr> <tr><td>โรคหัวใจ (หัวใจโต/กล้ามเนื้อหัวใจ/ หัวใจตีบ/หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ)</td><td>04</td><td>ตับแข็ง</td><td>25</td></tr> <tr><td>โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตอรอลสูง</td><td>05</td><td>ไตวาย/ไตพิการ</td><td>26</td></tr> <tr><td>โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน</td><td>06</td><td>ต่อมลูกหมากโต/อัเสบ</td><td>27</td></tr> <tr><td>มะเร็งตับ</td><td>07</td><td>เก๊าท์</td><td>28</td></tr> <tr><td>มะเร็งหลอดลมและปอด</td><td>08</td><td>รูมาตอยด์/ข้ออักเสบรูมาตอยด์</td><td>29</td></tr> <tr><td>มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</td><td>09</td><td>โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ข้อเข่าเสื่อม</td><td>30</td></tr> <tr><td>มะเร็งเต้านม</td><td>10</td><td>โรคปวดหลังเรื้อรัง/ ปวดคอเรื้อรัง</td><td>31</td></tr> <tr><td>มะเร็งปากมดลูก และมดลูก</td><td>11</td><td>โรคเอดส์</td><td>32</td></tr> <tr><td>มะเร็งอื่น ๆ</td><td>12</td><td>โรคโปลิโอ</td><td>33</td></tr> <tr><td>โรคพิษสุราเรื้อรัง</td><td>13</td><td>โรคเรื้อน</td><td>34</td></tr> <tr><td>โรคซึมเศร้า/โรคจิตประเภท/ โรคจิตประสาทอื่นๆ</td><td>14</td><td>ชาลัสซีเมีย</td><td>35</td></tr> <tr><td>สมองเสื่อม</td><td>15</td><td>สติปัญญาผิดปกติ (ดาวนซินโดรม)</td><td>36</td></tr> <tr><td>ลมชัก/ลมบ้าหมู</td><td>16</td><td>ปรีทีนต้ออักเสบ (เหงือกอักเสบ)</td><td>37</td></tr> <tr><td>ต่อกระจาก/ต่อหิน</td><td>17</td><td>อัมพฤกษ์</td><td>38</td></tr> <tr><td>ประสาทหูเสื่อม</td><td>18</td><td>อัมพาต</td><td>39</td></tr> <tr><td>ท่อน้ำตา</td><td>19</td><td>โรคพาร์กินสัน</td><td>40</td></tr> <tr><td>ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง</td><td>20</td><td>นิ่วในไต/ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ</td><td>41</td></tr> <tr><td>วัณโรค</td><td>21</td><td>อื่น ๆ (ระบุ).....</td><td>42</td></tr> </tbody> </table>					ชื่อโรค	รหัส	ชื่อโรค	รหัส	เบาหวาน	01	โรคกระเพาะ	22	ไทรอยด์/คอพอก	02	กรดไหลย้อน	23	ความดันโลหิตสูง	03	ภูมิแพ้	24	โรคหัวใจ (หัวใจโต/กล้ามเนื้อหัวใจ/ หัวใจตีบ/หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ)	04	ตับแข็ง	25	โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตอรอลสูง	05	ไตวาย/ไตพิการ	26	โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	06	ต่อมลูกหมากโต/อัเสบ	27	มะเร็งตับ	07	เก๊าท์	28	มะเร็งหลอดลมและปอด	08	รูมาตอยด์/ข้ออักเสบรูมาตอยด์	29	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	09	โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ข้อเข่าเสื่อม	30	มะเร็งเต้านม	10	โรคปวดหลังเรื้อรัง/ ปวดคอเรื้อรัง	31	มะเร็งปากมดลูก และมดลูก	11	โรคเอดส์	32	มะเร็งอื่น ๆ	12	โรคโปลิโอ	33	โรคพิษสุราเรื้อรัง	13	โรคเรื้อน	34	โรคซึมเศร้า/โรคจิตประเภท/ โรคจิตประสาทอื่นๆ	14	ชาลัสซีเมีย	35	สมองเสื่อม	15	สติปัญญาผิดปกติ (ดาวนซินโดรม)	36	ลมชัก/ลมบ้าหมู	16	ปรีทีนต้ออักเสบ (เหงือกอักเสบ)	37	ต่อกระจาก/ต่อหิน	17	อัมพฤกษ์	38	ประสาทหูเสื่อม	18	อัมพาต	39	ท่อน้ำตา	19	โรคพาร์กินสัน	40	ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20	นิ่วในไต/ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ	41	วัณโรค	21	อื่น ๆ (ระบุ).....	42	"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)... ไปรับบริการทางการแพทย์ เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การไปซื้อ/รับยา เป็นต้น เนื่องจาก โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวหรือไม่? (ไม่รวมที่เจ็บป่วย) ให้บันทึกครั้งที่ไปรับบริการ (ถ้าเกิน 8 ครั้ง ให้บันทึก "8") (ถ้าไม่ได้ไป ให้บันทึก "0") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")	"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)... มีการเจ็บป่วย ครั้งสุดท้ายจากสาเหตุใด?" บันทึกรหัส ไม่เจ็บป่วย..... 1 (ข้ามไปตาม HW21) เจ็บป่วย เนื่องจาก อาการป่วย / รู้สึกไม่สบาย..... 2 อุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย / ทำร้ายตัวเอง..... 3 ไปรับบริการอื่นๆ เนื่องจาก โรคเรื้อรัง/ โรคประจำตัว (นอกเหนือจากการป่วย)..... 4 (ถ้าบันทึกรหัส 2-4 ถามต่อไป)
ชื่อโรค	รหัส	ชื่อโรค	รหัส																																																																																												
เบาหวาน	01	โรคกระเพาะ	22																																																																																												
ไทรอยด์/คอพอก	02	กรดไหลย้อน	23																																																																																												
ความดันโลหิตสูง	03	ภูมิแพ้	24																																																																																												
โรคหัวใจ (หัวใจโต/กล้ามเนื้อหัวใจ/ หัวใจตีบ/หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ)	04	ตับแข็ง	25																																																																																												
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตอรอลสูง	05	ไตวาย/ไตพิการ	26																																																																																												
โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	06	ต่อมลูกหมากโต/อัเสบ	27																																																																																												
มะเร็งตับ	07	เก๊าท์	28																																																																																												
มะเร็งหลอดลมและปอด	08	รูมาตอยด์/ข้ออักเสบรูมาตอยด์	29																																																																																												
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	09	โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ข้อเข่าเสื่อม	30																																																																																												
มะเร็งเต้านม	10	โรคปวดหลังเรื้อรัง/ ปวดคอเรื้อรัง	31																																																																																												
มะเร็งปากมดลูก และมดลูก	11	โรคเอดส์	32																																																																																												
มะเร็งอื่น ๆ	12	โรคโปลิโอ	33																																																																																												
โรคพิษสุราเรื้อรัง	13	โรคเรื้อน	34																																																																																												
โรคซึมเศร้า/โรคจิตประเภท/ โรคจิตประสาทอื่นๆ	14	ชาลัสซีเมีย	35																																																																																												
สมองเสื่อม	15	สติปัญญาผิดปกติ (ดาวนซินโดรม)	36																																																																																												
ลมชัก/ลมบ้าหมู	16	ปรีทีนต้ออักเสบ (เหงือกอักเสบ)	37																																																																																												
ต่อกระจาก/ต่อหิน	17	อัมพฤกษ์	38																																																																																												
ประสาทหูเสื่อม	18	อัมพาต	39																																																																																												
ท่อน้ำตา	19	โรคพาร์กินสัน	40																																																																																												
ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20	นิ่วในไต/ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ	41																																																																																												
วัณโรค	21	อื่น ๆ (ระบุ).....	42																																																																																												
HW9	HW10_1	HW10_2	HW10_3	HW10_4	HW10_5	HW11	HW12																																																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
73	74-75	76-77	78-79	80-81	82-83	84	85																																																																																								

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)				
ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)				
"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ป่วยจนต้อง หยุดกิจวัตรประจำวันกี่วัน?"	"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?" บันทึกที่รหัส	ถามเฉพาะผู้ที่ไปสถานพยาบาล (HW14 = 5-11)		
		"การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการ จากใคร?" บันทึกที่รหัส	"การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการอะไร?" (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามวิธีรักษาหลัก)	
ให้บันทึกจำนวนวันที่หยุด ติดต่อกันครั้งสุดท้าย (ถ้าหยุดตั้งแต่ก่อน 1 เดือนที่แล้ว ให้นับ จำนวนวันที่หยุด ติดต่อกันทั้งหมด) (ถ้าไม่หยุดให้บันทึก "0")	ไม่ได้รักษา..... 1 (ข้ามไปถาม HW21) ชื่อ/หายากิน - ยาแผนปัจจุบัน..... 2 - ยาแผนโบราณ/ ยาสมุนไพร..... 3 (ข้ามไปถาม HW17) ไปหาหมอที่บ้าน/หมอแผนโบราณ/หมอนวดแผนไทย..... 4 ไปสถานพยาบาลของรัฐ สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)..... 5 โรงพยาบาลชุมชน..... 6 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 7 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 8 (ถามต่อไป) โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 9 ไปสถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 10 คลินิกเอกชน..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 (ข้ามไปถาม HW17)	แพทย์ แผนปัจจุบัน..... 1 แผนไทย..... 2 ทางเลือกอื่น..... 3 ไม่ทราบ..... 4 พยาบาล..... 5 บุคลากร สาธารณสุขอื่น ๆ..... 6	รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ..... 1 ไม่ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ..... 2 ไม่ทราบว่าจะใช้/ไม่ใช้ ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ..... 3 รักษาด้วยยาสมุนไพร..... 4 นวดไทยเพื่อรักษา..... 5 อบสมุนไพร/การนึ่งกระโจม ประคบสมุนไพร/ หัตถ์หม้อเกลือ..... 6 การฝังเข็ม..... 7 สมาธิบำบัด..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 9	
HW13	HW14	HW15	HW16_1	HW16_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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

86-87

88-89

90

91-92

93-94

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)			
ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)			
ถามเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บป่วย (HW12 = 2-4) และมีการรักษาพยาบาล (HW14 = 2-12)			
"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"	"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมเป็นเงินเท่าไร?"	"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?" บันทึกรหัส	ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (HW19 = 11) "สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?" ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด บันทึกรหัส
ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ - ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น) (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")	ให้บันทึกจำนวนเงิน เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้ (ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")	ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1 มีสวัสดิการฯ และใช้ จากรัฐบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2 ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน..... 3 ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4 รัฐวิสาหกิจ..... 5 หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7 จากเอกชน ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10 (ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม HW21) มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11 (ถามต่อไป)	เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1 อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2 สถานพยาบาลอยู่ไกล/ เดินทางไม่สะดวก..... 3 ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4 ไม่มีค่าพาหนะ..... 5 ซ้ำ รอนาน..... 6 ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7 ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8 บุคลากรใน รพ.ดู/ หูดีไม่ไ้เพราะ..... 9 แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ ไม่ให้ข้อมูล..... 10 แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/ รักษาไม่หาย..... 11 ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12 สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13 อื่น ๆ (ระบุ)..... 14
HW17	HW18	HW19	HW20
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
96-98	99-102	103-104	105-106

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)			
ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)			
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ (HW21 = 2)		
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)... มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ หรือไม่?" (ทั้งการรับบริการที่หน่วยบริการ หรือที่บ้าน หรือหน่วยแพทย์/สาธารณสุขเคลื่อนที่ หรือสถานที่อื่นในชุมชน นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก) บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปตาม HW29)</p> <p>มี..... 2 (ตามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)... มีการใช้บริการกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับการบริการ (ถ้าเกิน 98 ครั้งให้บันทึก "98") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"การได้รับบริการครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... ได้รับบริการอะไร?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>การฉีดวัคซีน..... 1 การฝากครรภ์/ตรวจครรภ์..... 2 การตรวจ/ดูแลหลังคลอด..... 3 การวางแผนครอบครัว..... 4 การตรวจสุขภาพประจำปี..... 5 การตรวจสุขภาพเด็กดี (0-5 ปี)..... 6 การป้องกัน โรคในช่องปาก (ทำฟัน)..... 7 การรับยาบำรุง/อาหารเสริม..... 8 ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก..... 9 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง..... 10 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ลดน้ำหนัก อดบุหรี่/สุรา เป็นต้น..... 11 บริการอื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>	<p>"การได้รับบริการครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... ไปใช้บริการที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ร้านขายยา..... 1 ไปสถานพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต..... 2 โรงพยาบาลชุมชน..... 3 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 4 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 5 โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 6 ไปสถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 7 คลินิกเอกชน..... 8 รับบริการที่บ้าน/ ในชุมชน/ หน่วยแพทย์หรือสาธารณสุขเคลื่อนที่..... 9 (ถ้าบันทึกรหัส 9 ข้ามไปตาม HW29) อื่น ๆ (ระบุ)..... 10 (ถ้าบันทึกรหัส 1-8, 10 ตามต่อไป)</p>
HW21	HW22	HW23	HW24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)</p>			
<p style="text-align: center;">ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)</p>			
<p style="text-align: center;">ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ (HW21 = 2) และไปรับบริการนอกสถานที่ (HW24 = 1-8, 10)</p>			
<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้ใช้บริการและผู้ดูแล (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น) (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าไปใช้บริการ รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงิน เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้ (ถ้ารับบริการฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่มี?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้ จากรัฐบาล ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10 (ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม HW29)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11 (ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (HW27 = 11)</p> <p>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการได้รับการครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 1</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 2</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3</p> <p>ช้า รอนาน..... 4</p> <p>ไม่แน่ใจคุณภาพ..... 5</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6</p> <p>บุคลากรใน รพ.ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 7</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 8</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/รักษาไม่หาย..... 9</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 10</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>
HW25	HW26	HW27	HW28
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
114-117	118121	122-123	124-125

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)					
ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใหม่)					
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใหม่ (HW29 = 2)				
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)...ป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุหรือคลอติบุตร หรือสาเหตุอื่นๆ จนต้องนอนในสถานพยาบาลหรือไม่?"</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>ไม่เคยเข้าพักรักษา..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม HW51)</p> <p>เคยเข้าพักรักษา..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลกี่ครั้ง?"</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาเนื่องจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>โรค..... 1</p> <p>อุบัติเหตุ..... 2</p> <p>คลอติบุตร..... 3</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 4</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลใด?"</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>สถานพยาบาลของรัฐ..... 1</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน..... 1</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป..... 2</p> <p>โรงพยาบาลศูนย์..... 2</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 3</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 4</p> <p>สถานพยาบาลของเอกชน..... 5</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน..... 5</p> <p>คลินิกเอกชน..... 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เลือกเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลนั้น เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>เลือกใช้ตามระบุในประกันสังคม/บัตรทอง... 1</p> <p>ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล..... 2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ใกล้ เดินทางสะดวก..... 3</p> <p>บริการรวดเร็ว ทันใจ..... 4</p> <p>ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง..... 5</p> <p>มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ..... 6</p> <p>มีเครื่องมือแพทย์ทันสมัย..... 7</p> <p>เข้ารับค่าฉุกเฉิน..... 8</p> <p>มีฐานะยากจน..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...นอนในสถานพยาบาลกี่วัน?"</p> <p>บันทึกหรัส</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่เข้าพักรักษา</p> <p>(ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>
HW29	HW30	HW31	HW32	HW33	HW34
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126	127-128	129	130	131-132	133-134

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)					
ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)					
ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (HW29 = 2)					
<p>"หลังจากการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... ต้องนอนพักรักษาตัวต่อที่บ้านกี่วัน?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวที่บ้าน</p> <p>(ถ้าไม่ต้องนอนพัก ให้บันทึก "0")</p> <p>(ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"หลังจากการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... ต้องนอนพักรักษาตัวต่อที่บ้าน มีใครเป็นผู้ดูแลหลัก?"</p> <p>บันทึกชื่อ</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>พ่อ/แม่..... 2</p> <p>พี่น้อง..... 3</p> <p>สามี/ภรรยา..... 4</p> <p>บุตร..... 5</p> <p>บุตรเขย/บุตรสะใภ้..... 6</p> <p>สถานับนเอกชน..... 7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... จ่ายค่าพาหนะไป-กลับทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับการรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณเหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p> <p>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... จ่ายค่ารักษาพยาบาลรวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารักษาฟรี หรือนำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือจ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)... ใช้สวัสดิการที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกชื่อ</p> <p>ไม่มีสวัสดิการ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการ และใช้จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)... 2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน.... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม HW41)</p> <p>มีสวัสดิการ แต่ไม่ใช้..... 11</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช่สวัสดิการ (HW39 = 11)</p> <p>"... (ชื่อ)... ไม่ใช่สิทธิสวัสดิการที่มีในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกชื่อ</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 1</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก... 2</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3</p> <p>ซ้ำ รอนาน..... 4</p> <p>ไม่แน่ใจในคุณภาพยา..... 5</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6</p> <p>บุคลากรในรพ. ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 7</p> <p>แพทย์ไม่ใช้เวลาให้ซักถาม/ไม่ให้ข้อมูล..... 8</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/รักษาไม่หาย..... 9</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิสถานที่ใช้สิทธิสวัสดิการ... 10</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการ</p> <p>ไม่ครอบคลุม..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>
HW35	HW36	HW37	HW38	HW39	HW40
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
135-136	137	138-141	142-46	147-148	149-150

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)										
ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)										
ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (HW29 = 2)										
การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย ท่านได้รับการดูแลในลักษณะดังต่อไปนี้อย่างไร										
รหัสคำตอบ HW41-HW49								รหัสคำตอบ HW50		
				ไม่เคย = 1					แย่มาก = 1	
				ได้บ้าง = 2					แย่มาก = 2	
				ได้บ่อย = 3					ดี = 3	
				ได้เสมอ = 4					ดีมาก = 4	
ท่านได้รับ การรักษาและ ปฏิบัติอย่าง ให้เกียรติ	ท่านได้รับ การรักษาและ ปฏิบัติอย่าง ไม่แตกต่างจาก คนป่วยอื่น ๆ	หมอ เปิดโอกาส ให้ท่านซักถาม หรือแสดง ความเห็นต่อ การเจ็บป่วย หรือวิธีการ ของท่าน	ท่านมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ ที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ การรักษาหรือ วิธีการรักษา ของท่าน	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล เก็บข้อมูล การเจ็บป่วย ของท่าน เป็นความลับ	ท่านมั่นใจ ที่จะเปิดเผย เรื่องส่วนตัว ที่เกี่ยวข้อง กับการเจ็บป่วย กับหมอ	หมออธิบาย ให้ท่านเข้าใจ วิธีการตรวจ หรือการรักษา ก่อนการปฏิบัติ ทำการตรวจ หรือรักษา ทุกครั้ง	หลังจากที่ เจ้าหน้าที่ ให้คำแนะนำ กับท่าน เจ้าหน้าที่ ได้สอบถามหรือ ให้ท่านลองทำ เพื่อยืนยันว่า ท่านเข้าใจจริง	ท่านได้รับ การตรวจและ บริการอื่น ๆ โดยไม่ต้อง รอนาน	โรงพยาบาล มีป้ายแสดง ขั้นตอน การรับบริการ ที่ชัดเจนและ เข้าใจง่าย	
HW41	HW42	HW43	HW44	HW45	HW46	HW47	HW48	HW49	HW50	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)				
ง. การรับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว				
ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรม (HW51 = 2)			
"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่?" บ้านที่กรหัส ไม่รับบริการ..... 1 (ข้ามไปถาม UN1) รับบริการ..... 2 (ถามต่อไป)	"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...ไปรับบริการ ทันตกรรมกี่ครั้ง?" ให้บันทึกจำนวนครั้ง ที่ไปรับบริการ (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")	"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมประเภทใด?" (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ) โดยเรียงลำดับตามความสำคัญในการรักษา) ชุดทันตกรรม/ ขัดฟันรักษาปริทันต์ (เหงือก)..... 1 อุดฟัน..... 2 รักษาโรคฟัน..... 3 ถอนฟัน..... 4 เคลือบหลุมร่องฟัน..... 5 ใส่ฟันเทียม..... 6 ดัดฟัน/จัดฟัน..... 7 ตรวจรักษาสุขภาพในช่องปาก..... 8 ทา/เคลือบ ฟลูออไรด์..... 9 จำไม่ได้..... 10 อื่น ๆ (ระบุ)..... 11	"...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย จากที่ใด?" บ้านที่กรหัส สถานพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. ที่ ไม่มี ทันตภิบาลและทันตแพทย์มาบริการ..... 1 ที่ มี ทันตภิบาลหรือทันตแพทย์มาบริการ..... 2 โรงพยาบาลชุมชน..... 3 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 4 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 5 โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 6 สถานพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 7 คลินิกเอกชน..... 8 ร้านหมอชาวบ้าน/หมอเดอรืไซต์/หมอรบิคัฟ..... 9 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 10 โรงเรียน..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 (ถามต่อไป)	
HW51	HW52	HW53_1	HW53_2	HW54
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)			
ง. การรับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว			
ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรมและใช้บริการในสถานพยาบาล (HW51 = 2 และ HW54 = 1-9, 12)			
<p>"การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับการรับ-ส่งทั้งผู้บริการและผู้ดูแล</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p> <p>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าบริการทั้งหมด รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเจ็ดหมื่น..... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม UN1)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (HW57 = 11)</p> <p>"...(ชื่อ)... ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 3</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 5</p> <p>ซ้ำ รอนาน..... 6</p> <p>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8</p> <p>บุคลากรใน รพ./พูดไม่เพราะ..... 9</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 10</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/รักษาไม่หาย..... 11</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p>
HW55	HW56	HW57	HW58
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □
□ □ □ □ □	□ □ □ □ □	□ □	□ □

ตอนที่ 4 ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล		การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน)		การรับบริการทันตกรรม	
ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN1 = 2	ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN3 = 2	ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN5 = 2
"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)...เคยป่วยา และจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาแต่ท่านไม่ได้ไปรับ การตรวจรักษา?"	"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้เข้ารับ การตรวจรักษาในครั้งนั้น?"	"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)...เคยป่วยา จนต้องนอนในสถาน พยาบาลหรือแพทย์ ต้องการให้นอนรักษา ในสถานพยาบาล แต่ท่านไม่ได้ เข้านอนรักษา ในสถานพยาบาล?"	"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้เข้ารับ การรักษาในครั้งนั้น?"	"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)...เคยมีปัญหา สุขภาพช่องปาก และ ต้องการเข้ารับบริการ แต่ไม่ได้เข้ารับบริการ?"	"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้เข้ารับ บริการในครั้งนั้น?"
ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม UN3) มี..... 2 (ถามต่อไป)	ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 1 ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 2 คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4 ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 5 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6 ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด..... 7 ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 9	ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม UN5) มี..... 2 (ถามต่อไป)	ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 1 ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 2 คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4 ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 5 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6 ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด..... 7 ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8 เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10	ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม FC1) มี..... 2 (ถามต่อไป)	ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ..... 1 ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 2 คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4 ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 5 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6 ไม่ทราบว่าไปรับบริการที่ใด..... 7 ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 8 เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีทันตบุคลากร สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10
UN1	UN2	UN3	UN4	UN5	UN6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 5 การบริโภคอาหาร					
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป					
"ปกติ...(ชื่อ)...ทานอาหาร มื้อหลัก วันละกี่มื้อ?"	ถามเฉพาะ FC1 = 3-6 "ส่วนใหญ่...(ชื่อ)...จดทาน อาหารมื้อดังกล่าว เพราะเหตุใด?"	"ส่วนใหญ่...(ชื่อ)...ทาน อาหารว่าง เพราะอะไร?"	"ปกติ...(ชื่อ)...ทาน อาหารมื้อหลักรสชาติใด มากที่สุด?"	"ปกติ...(ชื่อ)...ทาน อาหารที่ปรุงด้วยวิธีการใด มากที่สุด?"	"ปกติ...(ชื่อ)...เลือกซื้อ อาหารจะคำนึงถึงสิ่งใดก่อน เป็นอันดับแรก?"
บันทึกครั้งที่	บันทึกครั้งที่	บันทึกครั้งที่	บันทึกครั้งที่	บันทึกครั้งที่	บันทึกครั้งที่
ทานมากกว่า 3 มื้อ..... 1	ไม่มีเงิน..... 1	รู้สึกหิว 1	จืด..... 1	ต้ม/ ลวกสุก..... 1	รสชาติ..... 1
ทานครบ 3 มื้อ..... 2	ไม่มีเวลา..... 2	อยากทาน 2	หวาน..... 2	ตุ๋น/ นึ่ง..... 2	คุณค่าทางโภชนาการ..... 2
(ถ้าบันทึกครั้งที่ 1-2 ข้ามไปถาม FC3)	ลดน้ำหนัก..... 3	ได้เวลาทาน/	เค็ม..... 3	ผัด..... 3	ราคา..... 3
ทาน 2 มื้อ งดมื้อเช้า..... 3	ถือศีล..... 4	เคยทานเป็นประจำ 3	เผ็ด..... 4	ทอด..... 4	ความสะดวก..... 4
ทาน 2 มื้อ งดมื้อกลางวัน..... 4	อื่นๆ (ระบุ)..... 5	ไม่ทาน 4	เปรี้ยว..... 5	ลวกแบบสุกๆ ดิบๆ..... 5	ความสะดวก รวดเร็ว..... 5
ทาน 2 มื้อ งดมื้อเย็น..... 5		อื่นๆ (ระบุ)..... 5	อื่นๆ (ระบุ)..... 6	ปิ้ง/ ย่าง..... 6	ความชอบ..... 6
ทานเพียง 1 มื้อเท่านั้น..... 6				อบ..... 7	ความอยากทาน..... 7
(ถ้าบันทึกครั้งที่ 3-6 ให้ถามต่อไป)				อื่นๆ (ระบุ)..... 8	อื่นๆ (ระบุ)..... 8
FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191	192	193	194	195	196

ตอนที่ 5 การบริโภคอาหาร (ต่อ)						
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป						
"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...ได้บริโภคอาหารกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน?"						
รหัสคำตอบ FC9 - FC20						
"โดยปกติ ในการประกอบอาหาร...(ชื่อ)...มีการใช้เครื่องปรุงรสที่จำกัดปริมาณ หรือไม่?" บันทึกรหัส ไม่ประกอบอาหาร..... 1 ประกอบอาหาร และ ไม่จำกัดปริมาณ เครื่องปรุงรส..... 2 จำกัดปริมาณ เครื่องปรุงรส..... 3	โดยปกติ ก่อนรับประทานอาหาร ท่านเติมเครื่องปรุงเพิ่ม หรือไม่ หากเติม มักเป็นเครื่องปรุงชนิดใด?" (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ไม่ปรุง..... 1 ปรุง น้ำตาลหรือซีอิ้ว..... 2 น้ำตาล..... 3 เกลือ..... 4 พริกน้ำส้ม..... 5 พริกป่น..... 6 อื่น ๆ (ระบุ)..... 7	ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว.....(ชื่อ)...ได้บริโภคอาหารกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน?"				
		ไม่ทาน 1	ทาน 1-2 วัน/ สัปดาห์..... 2	ทาน 3-4 วัน/ สัปดาห์..... 3	ทาน 5-6 วัน/ สัปดาห์..... 4	ทานทุกวัน 5
FC7	FC8_1-FC8_6	FC9	FC10	FC11	FC12	FC13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197	198-203	204	205	206	207	208

ตอนที่ 5 การบริโภคอาหาร (ต่อ)						
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป						
"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...ได้บริโภคอาหารกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน?"						
รหัสคำตอบ FC9 - FC20						
ไม่ทาน 1						
ทาน 1-2 วัน/ สัปดาห์..... 2						
ทาน 3-4 วัน/ สัปดาห์..... 3						
ทาน 5-6 วัน/ สัปดาห์..... 4						
ทานทุกวัน 5						
กลุ่มอาหารไขมันสูง ได้แก่ อาหารต่างๆ ที่ปรุงด้วยวิธีการผัด, การทอด แกงที่ใส่กะทิ ขนมที่ใส่กะทิ ขนมเบเกอรี่ เช่น ขนมเค้ก โดนัท ขนมปังทานเนย/ แยม คุกกี้ เป็นต้น	กลุ่มขนมสำหรับ ทานเล่นหรือ ขนมกรอบ เช่น ปลาเส้น มันฝรั่งทอดกรอบ ข้าวโพดอบกรอบ สาหร่ายอบกรอบ คุกกี้ บิสกิต เวเฟอร์ เป็นต้น	กลุ่มอาหารประเภท จานด่วนทางตะวันตก เช่น พิซซ่า แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด เป็นต้น	กลุ่มผัก และผลไม้สด	กลุ่มเครื่องดื่ม ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และความงาม น้ำอัดลม ชา กาแฟ และน้ำผลไม้ ที่ใส่น้ำตาล เป็นต้น	กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และกลุ่มแร่ธาตุ วิตามิน เช่น รังนก ชุปโกสติก สาหร่ายอัดเม็ด น้ำมันตับปลา วิตามินเอ วิตามินซี แคลเซียม เหล็ก เป็นต้น	กลุ่มอาหารสำเร็จรูป/ อาหารกระป๋อง/ อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง/ อาหารพร้อมปรุงแช่เย็น/ อาหารแปรรูปจาก ผักผลไม้/ อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น
FC14	FC15	FC16	FC17	FC18	FC19	FC20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
209	210	211	212	213	214	215

ตอนที่ 6 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ								
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง								
" ระหว่าง 1 เดือน ที่ผ่านมา...(ชื่อ)... ได้ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ ยาปฏิชีวนะ หรือไม่?" (รวมทั้ง ยาเม็ด ยามง ยาฉีด บั้นทีกรัทส์ ได้ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ได้ใช้..... 2 ไม่แน่ใจ..... 3 (ข้ามไป AB4_1)	ถามเฉพาะผู้ที่ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (AB1 = 1)			"จากข้อความต่อไปนี้...(ชื่อ)...คิดว่าข้อความต่อไปนี้ จริงหรือไม่?"				
	"...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ จากแหล่งใด?" (เลือกเพียง 1 คำตอบ) สถานพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ.สต..... 1 โรงพยาบาลชุมชน..... 2 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์... 3 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4 โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5 สถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 6 คลินิกเอกชน..... 7 ร้านขายยา..... 8 ร้านชำ..... 9 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการรักษา ที่ผ่านมา (ของตนเองและคนอื่น)..... 10 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12	"...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ ครั้งสุดท้ายเพื่อรักษา อาการป่วยประเภทใด?" (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ปอดบวม..... 1 หลอดลมอักเสบ..... 2 จมูกและคออักเสบ..... 3 ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่..... 4 เจ็บคอ..... 5 ไอ..... 6 มีไข้..... 7 ปวดศีรษะ..... 8 ท้องร่วง/ท้องเสีย..... 9 ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ..... 10 ผิวหนังติดเชื้อ..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 ไม่ทราบ..... 99	AB4_1	AB4_2	AB4_3	AB4_4	AB4_5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
216	217-218	219-242	243	244	245	246	247	

ตอนที่ 6 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)				
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง				
"เมื่อไหร่ที่... (ชื่อ)... คิดว่าควรหยุดใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะหลังจากได้รับการรักษา?" บันทึกการทัก	"12 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)... ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เช่นเมื่อเป็นหวัด หรือ ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาหรือไม่?" บันทึกการทัก	ถามเฉพาะผู้ได้รับข้อมูลการใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น (AB6 = 1)		
		"...(ชื่อ)... ได้รับข้อมูลดังกล่าวจากที่ใด?" บันทึกการทัก	"ท่านคิดว่าข้อมูลที่ได้เปลี่ยนมุมมองของท่านในการใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะหรือไม่?" บันทึกการทัก	"จากข้อมูลที่ท่านได้รับนั้นท่านมีแผนที่จะใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ ต่อไปอย่างไร?" (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) บันทึกการทัก
เมื่ออาการป่วยดีขึ้น..... 1	เมื่อเป็นหวัด หรือ ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาหรือไม่?..... 1	แพทย์..... 1	เปลี่ยน..... 1	จะปรึกษาแพทย์ทุกครั้งที่มีการใช้ยา..... 1
เมื่อได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะครบถ้วน (ตามที่แพทย์/ บุคลากรทางการแพทย์ แนะนำ)..... 2	ได้รับ..... 1	เภสัชกร..... 2	ไม่เปลี่ยน..... 2	จะไม่ซื้อยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะเองอีกต่อไป..... 2
อื่นๆ เช่น หยุดกินเอง..... 3	ไม่ได้รับ..... 2	บุคลากรทางการแพทย์..... 3	ไม่แน่ใจ..... 3	จะไม่ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีใบสั่งจากแพทย์..... 3
ไม่ทราบ..... 9	(ข้ามไป AB10)	โฆษณาทางโทรทัศน์..... 5		จะไม่เก็บยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือไปใช้ในคราวต่อไป..... 4
		อินเตอร์เน็ต/ Social media..... 6		จะใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาใช้หวัด..... 5
		แผ่นพับความรู้โปสเตอร์..... 7		จะนำยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่กินเหลือให้เพื่อนหรือญาติใช้ต่อ..... 6
		หนังสือพิมพ์..... 8		อื่น ๆ (ระบุ)..... 7
		ข่าวทางโทรทัศน์..... 9		ไม่มี..... 8
		วิทยุ..... 10		ไม่ทราบ..... 9
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 11		
		ไม่ทราบ..... 99		
AB5	AB6	AB7	AB8	AB9_1-AB9_7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
248	249	250-251	252	253-259

ตอนที่ 6 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)			ผู้ตอบสัมภาษณ์
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง			
<p>"...(ชื่อ)...ทราบหรือไม่ว่าการใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะในสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร (เช่น สุกร โค ไก่)?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>ทราบ..... 1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ทราบ..... 2</p> <p>ไม่แน่ใจ..... 3 (ข้ามไป AB12)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ทราบว่ามีการใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะในสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร (AB10 = 1)</p> <p>"...(ชื่อ)...ทราบหรือไม่ว่า การใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะในสัตว์มีโอกาสให้เกิดเชื้อดื้อยาในสัตว์ได้?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>ทราบ..... 1</p> <p>ไม่ทราบ..... 2</p> <p>ไม่แน่ใจ..... 3</p>	<p>"...(ชื่อ)...ทราบหรือไม่ว่า รัฐบาลประกาศห้ามใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะเพื่อเร่งการเจริญเติบโตในสัตว์ที่นำมาเป็นอาหารในประเทศไทย?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>ทราบ..... 1</p> <p>ไม่ทราบ..... 2</p> <p>ไม่แน่ใจ..... 3</p>	<p>บันทึกการหัด</p> <p>ตนเอง..... 1</p> <p>ผู้อื่นตอบแทน 2</p>
AB10	AB11	AB12	Response
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
260	261	262	263

ตอนที่ 7 ลักษณะของครัวเรือน	
<p>1. ประเภทที่อยู่อาศัย HC1 <input type="text"/></p> <p>บ้านเดี่ยว..... = 1</p> <p>ห้องแถว/ตึกแถว/อาคารพาณิชย์..... = 2</p> <p>ทาวน์เฮ้าส์/บ้านแฝด..... = 3</p> <p>ห้องชุด (อพาร์ทเมนท์ แฟลต หรือคอนโดมิเนียม)..... = 4</p> <p>ห้องภายในบ้าน..... = 5</p> <p>เพิงพักชั่วคราว..... = 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... = 7</p>	<p>6. เชื้อเพลิงที่ใช้ในการปรุงอาหาร (ส่วนใหญ่) HC7 <input type="text"/></p> <p>ไม่มีการหุงต้ม..... = 0</p> <p>ถ่าน..... = 1</p> <p>ไม้/ฟืน..... = 2</p> <p>น้ำมันก๊าด..... = 3</p> <p>แก๊ส..... = 4</p> <p>ไฟฟ้า..... = 5</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... = 6</p>
<p>2. ลักษณะที่อยู่อาศัย HC2 <input type="text"/></p> <p>ตึก..... = 1</p> <p>ไม้..... = 2</p> <p>ครึ่งตึกครึ่งไม้..... = 3</p> <p>ใช้วัสดุไม่ถาวรในห้องถิ่น เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก..... = 4</p> <p>ใช้วัสดุที่ใช้แล้ว/ วัสดุเหลือใช้ เช่น ทึบ ลัง..... = 5</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... = 6</p>	<p>7. น้ำดื่ม HC8 <input type="text"/></p> <p>น้ำดื่มบรรจุขวด/ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ..... = 0</p> <p>น้ำประปาภายในบ้าน..... = 1</p> <p>น้ำบ่อ/ บาดาลภายในบ้าน..... = 2</p> <p>น้ำประปานอกบ้าน..... = 3</p> <p>น้ำบ่อ/ บาดาล นอกบ้าน..... = 4</p> <p>น้ำจากแม่น้ำ/ลำธาร/คลอง/น้ำตก/ภูเขา..... = 5</p> <p>น้ำฝน..... = 6</p> <p>น้ำประปาผ่านการบำบัด (ต้ม/ กรอง)..... = 7</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... = 8</p>
<p>3. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย HC3 <input type="text"/></p> <p>เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน..... = 1</p> <p>เป็นเจ้าของบ้านแต่เช่าที่ดิน..... = 2</p> <p>เป็นเจ้าของบ้านบนที่ดินสาธารณะ..... = 3</p> <p>เช่าซื้อ..... = 4</p> <p>เช่า..... = 5</p> <p>อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะ</p> <p>- เป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง/ ผู้อื่นเสียค่าเช่าให้..... = 6</p> <p>- ให้อยู่เปล่า เช่น บ้านญาติ..... = 7</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... = 8</p>	<p>8. น้ำใช้ HC9 <input type="text"/></p> <p>(บันทึกประเภทน้ำใช้ตามรหัสในข้อ 7)</p>
<p>4. จำนวนห้อง</p> <p>ห้องที่อยู่อาศัยทั้งหมด (ไม่นับ ห้องน้ำห้องส้วม) HC4 <input type="text"/></p> <p>ห้องที่เข้านอน HC5 <input type="text"/></p>	<p>9. วิธีกำจัดขยะภายในครัวเรือน</p> <p>(ตอบได้ไม่เกิน 2 ข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย)</p> <p>ลำดับที่ 1 HC10 <input type="text"/></p> <p>ลำดับที่ 2 HC11 <input type="text"/></p> <p>เก็บรวบรวมให้พนักงานนำไปทิ้ง..... = 1</p> <p>เผา..... = 2</p> <p>ฝังกลบ..... = 3</p> <p>นำไปเลี้ยงสัตว์..... = 4</p> <p>ทำปุ๋ยหมัก..... = 5</p> <p>ทิ้งลงแม่น้ำ ลำคลอง..... = 6</p> <p>ทิ้งตามที่วาง ที่สาธารณะ..... = 7</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... = 8</p>
<p>5. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย HC6 <input type="text"/></p> <p>(รวม ไฟฟ้าที่ต่อจากแบตเตอรี่และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)</p> <p>ไม่มี = 0 มี = 1</p>	

ตอนที่ 7 ลักษณะของครัวเรือน (ต่อ)

10. การใช้ส้วม

HC12

- ไม่มีส้วม..... = 0
- ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า..... = 1
- ส้วมแบบนั่งยอง..... = 2
- ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า และส้วมแบบนั่งยอง..... = 3
- ส้วมหลุม/ส้วมถัง/ส้วมถ่ายลงบ่อปลา/ ส้วมถ่ายลงแม่น้ำ
ลำคลอง หรือส้วมลักษณะอื่น ๆ (โดยมีห้องกั้น)..... = 4

11. ครัวเรือนเป็นเจ้าของยานพาหนะต่อไปนี้หรือไม่

(หิ้งที่ใช้ในครัวเรือน หรือใช้ทำธุรกิจ)

- ถ้า "ไม่มี หรือ ใช้แต่ไม่เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 0 "
- ถ้า "เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 1 "
- รถจักรยาน..... HC13
- รถจักรยานยนต์..... HC14
- รถยนต์ส่วนบุคคล..... HC15
- รถบรรทุกเล็ก/รถปิกอัพ/รถตู้..... HC16
- รถอีแต่น/รถอื่นๆ ประเภทเดียวกัน..... HC17
- เรือยนต์..... HC18

12. ครัวเรือนเป็นเจ้าของสิ่งของต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

- ถ้า "ไม่มี หรือ ใช้แต่ไม่เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 0 "
- ถ้า "เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 1 "
- เตียงนอนไม้หรือโลหะ..... HC19
- เตาหุงต้มอาหาร - แก๊ส..... HC20
- ไฟฟ้า..... HC21
- เตาอบไมโครเวฟ..... HC22
- กระติกต้มน้ำไฟฟ้า..... HC23
- ตู้เย็น..... HC24
- เตารีดไฟฟ้า..... HC25
- หม้อหุงต้มอาหารไฟฟ้า..... HC26
- พัดลม..... HC27
- วิทยุ..... HC28
- โทรทัศน์ธรรมดา..... HC29
- โทรทัศน์แบบแอลซีดี/แอลอีดี/พลาสมา/ดิจิตอล..... HC30
- เครื่องเล่นวีดีโอ/วีซีดี/ดีวีดี/บลูเรย์..... HC31
- เครื่องซักผ้า..... HC32
- เครื่องปรับอากาศ..... HC33
- เครื่องทำน้ำร้อน/น้ำอุ่น ในห้องน้ำ..... HC34
- เครื่องคอมพิวเตอร์ (ทั้งสิ้น)..... HC35
- เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต..... HC36
- โทรศัพท์ (รวม เครื่องต่อพ่วง PCT)..... HC37
- โทรศัพท์เคลื่อนที่..... HC38
- โทรสาร..... HC39
- หลอดไฟนีออน..... HC40
- หลอดไฟดวงโคม..... HC41
- หลอดตะเกียบ..... HC42

13. ครัวเรือนของท่านมีรายได้จากการทำงานหรือการลงทุน

ที่เป็นตัวเงินหรือที่เป็นสิ่งของ เฉลี่ยประมาณเดือนละเท่าไร (บาท)

HC43