

Supplementary.

Participant code: |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Year Province City District Street Cummunity Serial

Anti-cancer Risk Assessment Questionnaire

Name: _____ **Gender:** 1. Male 2. Female |__|

Date of birth: |__|__|__|__|year|__|__|month|__|__|day

Hometown: _____ province _____ city _____ district

Ethnic: 1. Han 2. Mongolian 3. Hui 4. Man 5. Zhuang 6. Uighur 7. Kazakh 8. Other _____ |__|

ID card: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telephone number: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Address: _____

Work place: _____

A. Basic Information

A01、 Height:|__|__|__| cm A02、 Weight : |__|__|__|. |__| Kg A03、 Waistline : |__|__|__| cm

A04、 Education:1. Primary school or below 2. Primary/Junior school 3. Undergraduate or over |__|

A05、 Marriage: 1. Unmarried 2. Married |__|

A06、 Occupation:1. Professional and technical personnel 2. Heads of state organs, enterprises and institutions 3. Staff

4. Businessmen 5. Farmers 6. Workers 7. Service workers 8. Housework 99. Other _____ |__|

A07、 Did you have occupational exposure to hazardous substances (1 year and above)? |__|

0. No (Jump to B1) 1. Yes

A7.1. What kind of hazardous substances were occupationally exposed to (multiple choices available)?

|__|__|

1. Asbestos 2. Radon, beryllium, uranium, chromium, cadmium, nickel, silicon, etc. 3. Diesel exhaust and soot

B. Eating habits

B01、 In the past two years, your personal average intake of the following foods ?

B1.1、 Fresh vegetables (excluding potatoes, uncooked raw weight): 0. Never 1. < 5 catties/week 2. ≥ 5 catties/week |__|

B1.2、 Fresh fruits (unpeeled raw weight): 0. Never 1. < 2.5 catties/week 2. ≥ 2.5 catties/week |__|

B1.3、 Livestock meat (refers to pig, beef, mutton, uncooked raw weight): 0. Never 1. ≤ 7 taels/week 2. > 7 taels/week |__|

B1.4、 Coarse grains (coarse grains other than white noodles and rice, uncooked raw weight): 0. Never 1. < 1 catty/week

2. ≥ 1 catty/week

B02、 Your usual eating habits :

B2.1、 Food temperature: 1. Hot 2. Moderate 3. Cool

B2.2、 Dry thinness: 1. Dry 2. Moderate 3. Thin

B2.3、 Taste: 1. Heavy salt 2. Moderate 3. Light

B2.4、 Grease: 1. High grease 2. Moderate 3. Low grease

B03、 Do you often eat preserved foods (salted fish, sauerkraut, kimchi, pickles, etc.)? 1. Never 2. Sometimes 3. Often

C、 Lifestyle and habits

C01、 Was there serious air pollution in your living environment in the past ten years (such as living in a big city for a long time, it is directly recognized as having air pollution)?

0. No 1. Yes

C02、 In the past ten years, had your house been heated ? 0. No (**Jump to C03**) 1. Yes

C2.1、 Main heating methods: 1. Central heating 2. Electricity 3. Solar energy 4. Natural gas 5. Coal burning

8. Others _____

C03、 In the past ten years, your main cooking fuel type :

1. Natural gas\liquefied petroleum gas 2. Electricity 3. Coal burning 8. Others _____

C04、 In the past ten years, what was the oil fume situation in your house while cooking? 1. None 2. A little 3. More 4. A lot

C05、 Do you smoke (more than one a day for more than 6 months continuously or cumulatively defined as smoking) ?

0. Never (**Jump to C06**) 1. Yes, current 2. Former

C5.1、 If you are still smoking or have smoked, how many cigarettes you smoke per day on average (1 tael leaf \approx 50 cigarettes) ?

C5.2、 If you are still smoking or have smoked, how many years you have smoked after deducting the number of years you have quit smoking (less than one year is counted as one year) ?

C5.3、 If you have quit smoking now, how many years have you quit smoking this time (less than one year is counted as one year) ?

C06、 In the indoor environment where you live and/or work for a long time, does anyone smoke a lot? 0. No (Jump to C07) 1. Yes

C6.1、 If yes, how many years have you lived and/or worked in a smoky indoor environment (less than one year is

counted as one year) ?

C07、 Do you drink often (refers to at least once a week on average for more than 6 months) ?

0. Never (Jump to C08) 1. Yes, current 2. Former

C7.1、 If you are currently abstaining from alcohol, how many years have you abstained from alcohol this time (less than one year is counted as one year) ?

C08、 Do you drink tea often (refers to an average of at least 3 times a week for more than 6 months in a row) ?

0. Never 1. Yes, current 2. Former

C09、 Do you often participate in physical activity (often refers to an average of more than 3 times a week, each time more than 30 minutes) ? 0. No 1. Yes

D、 Psychology and emotion

D01、 In recent years, have you suffered major mental trauma (serious illness or death of a loved one, family discord and breakdown, major property loss, accidental unemployment, major accidental physical injury, violent intimidation, etc.)?

0. No 1. Yes

D02、 In recent years, have you been mentally depressed for a long period of time (more than 6 consecutive months)? 0.

No 1. Yes

E、 Past disease history

E01、 Have you ever been diagnosed with any cancer (except non-melanoma skin cancer)? 0. No (jump to E02) 1. Yes

E1.1、 If yes, what kind of cancer_____

E02、 Have you been tested for hepatitis B surface antigen (HBsAg)? 0. No (jump to E03) 1. Yes

E2.1、 If yes, then the result is: 0. Negative 1. Positive 9. Unclear

E03、 Have you undergone a stool occult blood test (FOBT) test? 0. No (jump to E04) 1. Yes

E3.1、 If yes, then the result is: 0. Negative 1. Positive 9. Unclear

Do you have a medical history of the following diseases (clearly diagnosed by a regular medical institution) ?

E04, Chronic respiratory diseases: 0. No (Jump to E05) 1. Yes

E4.1, Tuberculosis: 0. No 1. Yes E4.2, Chronic bronchitis : 0. No 1. Yes

E4.3, Emphysema : 0. No 1. Yes E4.4, Asthma bronchiectasis : 0. No 1. Yes

E4.5, Silicosis or pneumoconiosis : 0. No 1. Yes E4.6, Other : 0. No 1. Yes _____

E05, Upper digestive system diseases: 0. No (Jump to E06) 1. Yes

E5.1, Reflux esophagitis : 0. No 1. Yes E5.2, Superficial gastritis : 0. No 1. Yes

E5.3, Atrophic gastritis : 0. No 1. Yes E5.4, Stomach ulcer : 0. No 1. Yes

E5.5, Duodenal ulcer : 0. No 1. Yes E5.6, Gastric polyposis : 0. No 1. Yes

E5.7, Remnant stomach : 0. No 1. Yes E5.8, Gastric intraepithelial neoplasia : 0. No 1. Yes

E5.9, Gastrointestinal metaplasia : 0. No 1. Yes E5.10, Other : 0. No 1. Yes _____

E06, Hepatobiliary system diseases: 0. No (Jump to E07) 1. Yes

E6.1, Chronic hepatitis B : 0. No 1. Yes E6.2, Chronic hepatitis C : 0. No 1. Yes

E6.3, Liver cirrhosis : 0. No 1. Yes E6.4, History of schistosomiasis infection : 0. No 1. Yes

E6.5, Fatty liver: 0. No (Jump to E6.6) 1. Yes

E6.5.1, If yes, then: 1. Mild 2. Moderate 3. Severe 9. Not clear

E6.6, Other liver diseases : 0. No 1. Yes _____

E6.7, Cholelithiasis: 0. No (Jump to E07) 1. Yes

E6.7.1, If yes, then: 1. Intrahepatic bile duct stones 2. Extrahepatic bile duct stones 3. Gallbladder stones 9.

Unclear

E07, Lower digestive system diseases: 0. No (Jump to E08) 1. Yes

E7.1, Intestinal polyps : 0. No 1. Yes E7.2, Chronic Colon (Proc) Inflammation 0. No 1. Yes

E7.3, Other : 0. No 1. Yes _____

E08, Other system diseases: 0. No (Jump to F01) 1. Yes

E8.1, hypertension : 0. No 1. Yes E8.2, Hyperlipidemia : 0. No 1. Yes

E8.3, diabetes : 0. No 1. Yes E8.4, Other : 0. No 1. Yes _____

F、 Family history of Cancer

F01、 Has anyone of your blood relatives ever suffered from cancer ?

0. No (male respondents, please sign and end the questionnaire, female respondents, please skip to W01) 1. Yes

F1.1、 If yes, please fill in the form below :

| Is it the following cancer types? | Has any relative had this type of cancer (please select from the code at the bottom of the form)? |
|---|---|
| Lung cancer : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Esophageal cancer : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gastric cancer : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Liver cancer : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Colorectal cancer : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Other : 0. No 1. Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Kinship code: 1=mother 2=father 3=sisters 4=brothers 5=grandparents 7=uncles/aunts
9=Cousins 11=Others

(The male respondent asks you to confirm your signature and end the questionnaire answer, while the female

Male respondent, if you confirm that all the questions in items A-F are true and accurate, please

sign: _____

_____|_____|_____|_____|year|_____|_____|month|_____|_____|day

| | |
|---|--|
| Investigator ID : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sign : _____ | Auditor number : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sign : _____ |
|---|--|

W、 Female Physiology and Fertility (filled in only by female respondents)W01、 What is your first menstrual age (years old) : W02、 Is your menstrual cycle regular? 0. No 1. Yes W03、 Are you postmenopausal? 0. No (Jump to W04) 1. Yes W3.1、 If yes, then your menopausal age is (years old) : W04、 Have you given birth (including natural delivery and caesarean section)? 0. No (jump to W06) 1. Yes W4.1、 If yes, then your age at first childbirth is (one year old) : W05、 Do you have a history of breastfeeding? 0. No (jump to W06) 1. Yes W5.1、 If yes, how many months are the cumulative breastfeeding months (less than one month is counted as one month) ? W06、 Have you ever suffered from benign breast diseases (mammary gland hyperplasia, nodules, duct dilatation, benign fibroadenoma, infection, etc.) ? 0. No 1. Yes _____ W07、 Have you ever had female reproductive system surgery (surgery on the uterus, ovaries and fallopian tubes, including caesarean section) ? 0. No 1. Yes _____ : W08、 Do you have any blood relatives who have had breast cancer? 0. No (jump to W09) 1. Yes

W8.1、 If so, are they your second-degree blood relatives (mother, sisters, grandmothers and aunts) ?

0. No (**Jump to W09**) 1. Yes W8.1.1、 If it is your second-degree blood relative, how many people are there in total ? W8.2、 Do you have a first-degree blood relative (mother, sister) who had breast cancer before the age of 50? 0. No 1. Yes W09、 Do you have any blood relatives who have ever suffered from ovarian cancer? 0. No (please sign and end the questionnaire) 1. Yes

W9.1、 If so, are they your second-degree blood relatives (mother, sisters, grandmothers and aunts) ?

0. No (please sign and end the questionnaire) 1. Yes W9.1.1、 If it is your second-degree blood relative, how many people are there in total ?

If you confirm that all the questions in item A-W are true and accurate, please sign:

 [year] [month] [day]

| | |
|--|---|
| Investigator ID : <input type="text"/> <input type="text"/> Sign : _____ | Auditor number : <input type="text"/> <input type="text"/> Sign : _____ |
|--|---|

附件 2.

受访编号:
省 市 区 街道 社区 序号

城市癌症早诊早治项目

防癌风险评估问卷

姓 名: _____

性 别: 1. 男 2. 女 出生日期: 年 月 日 (请填写阳历生日)

民 族: 1. 汉族 2. 蒙古族 3. 回族 4. 满族 5. 壮族 6. 维吾尔族

7. 哈萨克族 8. 其他, 请注明 _____

籍 贯: _____ 省 _____ 市 _____ 县(区)

身份证号: 联系电话: (固定电话) (手机)

常住地址: _____

工作单位: _____

A. 基础信息

- A01、身高：|_|_|_| 厘米 A02、体重：|_|_|_|.|_| 公斤 A03、腰围：|_|_|_| 厘米
- A04、文化程度：1. 未受教育 2. 小学 3. 初中 4. 高中/中专/技校 5. 大专 6. 大学及以上
- A05、婚姻状况：1. 未婚 2. 初婚 3. 再婚 4. 离异 5. 丧偶 6. 未婚同居
- A5.1、如有婚史，您初次结婚的年龄（周岁）：
- A06、您的职业：1. 专业技术人员 2. 国家机关和企事业单位负责人 3. 职员 4. 商人 5. 农民
6. 工人 7. 服务性工作人员 8. 家务 9. 其他，请注明_____
- A07、您是否有有害物质职业接触？ 0. 否（跳转至 B01） 1. 是
- A7.1、职业接触何种有害物质（可多选）？ 1. 石棉 2. 橡胶 3. 煤尘、粉尘 4. 农药
5. 放射线 6. 铍、铀、氡等 8. 其他，请注明_____

B、饮食习惯

- B01、近两年来，您个人下述食物的平均摄入量（可从家庭总量除以人口数计算出个人平均量）？
- B1.1、新鲜蔬菜（不包括土豆，未烹饪的生重）：0. 从不吃 1. <5斤/周 2. ≥5斤/周
- B1.2、新鲜水果（未去皮的生重）：0. 从不吃 1. <2.5斤/周 2. ≥2.5斤/周
- B1.3、畜肉（这里指猪、牛、羊肉，未烹饪的生重）：0. 从不吃 1. ≤7两/周 2. >7两/周
- B1.4、粗粮（除白面和大米以外的杂粮、未烹饪的生重）：0. 从不吃 1. <1斤/周 2. ≥1斤/周
- B02、您平时的饮食喜好习惯：
- B2.1、冷热度：1. 烫 2. 适中 3. 凉
- B2.2、干稀度：1. 干 2. 适中 3. 稀
- B2.3、口味：1. 重盐 2. 适中 3. 清淡
- B2.4、油脂：1. 油脂较高 2. 适中 3. 油脂较低
- B03、您经常食用腌晒食品（咸鱼、酸菜、泡菜、咸菜等）吗？ 1. 从不 2. 有时 3. 经常

C、生活环境、方式和习惯

- C01、您近十年来的生活环境是否存在较严重空气污染（如长期在大城市生活则直接被认定有空气污染）？
0. 否 1. 是
- C02、近十年来，您的住房是否进行取暖？ 0. 否（跳转至 C03） 1. 是
- C2.1、主要取暖方式：1. 集中暖气 2. 用电 3. 太阳能 4. 天然气 5. 烧煤
8. 其他，请注明_____
- C03、近十年来，您家的主要做饭燃料种类：

1. 天然气\液化气 2. 用电 3. 烧煤 8. 其他, 请注明_____
- C04、近十年来, 您家做饭时住房内的油烟情况? 1. 无烟 2. 少许 3. 较多 4. 很多
- C05、您是否吸烟(每天吸一支以上并连续或累计6个月以上者定义为吸烟)?
0. 否, 从不吸(跳转至 C06) 1. 是, 目前仍在吸 2. 以前吸, 目前已戒烟
- C5.1、如果您仍在吸烟或曾吸烟, 平均每天吸烟多少支(1两烟叶≈50支卷烟)?
- C5.2、如果您仍在吸烟或曾吸烟, 扣除戒烟年数, 共吸烟多少年(不足一年按一年计)?
- C5.3、如果您目前已戒烟, 这次戒烟已持续多少年(不足一年按一年计)?
- C06、您长期居住和\或工作的室内环境中, 是否有人经常吸烟? 0. 否(跳转至 C07) 1. 是
- C6.1、如果是, 那么在有烟雾室内环境中, 您居住和\或工作了多少年(不足一年按一年计)?
- C07、您是否经常饮酒(经常是指平均每周至少1次, 连续6个月以上)?
0. 否, 从不饮(跳转至 C08) 1. 是, 目前仍经常饮(跳转至 C08) 2. 以前是, 目前已戒酒
- C7.1、如果您目前已戒酒, 这次戒酒已持续多少年(不足一年按一年计)?
- C08、您是否经常饮茶(经常指平均每周至少3次, 连续6个月以上)?
0. 否, 从不饮 1. 是, 目前仍经常饮 2. 以前是, 现在不经常饮
- C09、您是否经常参加体育锻炼(经常是指平均每周3次以上, 每次超过30分钟)? 0. 否 1. 是

D、心理和情绪

- D01、近些年您是否曾经受较大的精神创伤(亲人患重病或死亡、家庭不和破裂、重大财产损失、意外失业、重大意外身体伤害、暴力恐吓等)? 0. 否 1. 是
- D02、近些年您是否有较长一段时间内精神处于压抑状况(连续超过6个月)? 0. 否 1. 是

E、既往史

- E01、您是否曾被确诊患有何癌症(非黑色素瘤性皮肤癌除外)? 0. 否(跳转至 E02) 1. 是
- E1.1、如果是, 那么是何种癌症_____
- E02、您是否进行过乙肝表面抗原(HBsAg)检测? 0. 否(跳转至 E03) 1. 是
- E2.1、如果是, 那么结果为: 0. 阴性 1. 阳性 9. 不清楚
- E03、您是否进行过粪便潜血试验(FOBT)检测? 0. 否(跳转至 E04) 1. 是
- E3.1、如果是, 那么结果为: 0. 阴性 1. 阳性 9. 不清楚

您是否有下述疾病病史（经正规医疗机构明确诊断）？

- E04、慢性呼吸系统疾病：0. 否（跳转至 E05） 1. 是
- E4.1、肺结核：0. 否 1. 是 E4.2、慢性支气管炎：0. 否 1. 是
- E4.3、肺气肿：0. 否 1. 是 E4.4、哮喘支气管扩张：0. 否 1. 是
- E4.5、矽肺或尘肺：0. 否 1. 是 E4.6、其他：0. 否 1. 是，请注明_____
- E05、上消化系统疾病：0. 否（跳转至 E06） 1. 是
- E5.1、反流性食管炎：0. 否 1. 是 E5.2、浅表性胃炎：0. 否 1. 是
- E5.3、萎缩性胃炎：0. 否 1. 是 E5.4、胃溃疡：0. 否 1. 是
- E5.5、十二指肠溃疡：0. 否 1. 是 E5.6、胃息肉病：0. 否 1. 是
- E5.7、残胃：0. 否 1. 是 E5.8、胃黏膜上皮内瘤变：0. 否 1. 是
-
- E5.9、胃肠上皮化生：0. 否 1. 是 E5.10、其他：0. 否 1. 是，请注明_____
- E06、肝胆系统疾病：0. 否（跳转至 E07） 1. 是
- E6.1、慢性乙型肝炎：0. 否 1. 是 E6.2、慢性丙型肝炎：0. 否 1. 是
- E6.3、肝硬化：0. 否 1. 是 E6.4、血吸虫感染病史：0. 否 1. 是
- E6.5、脂肪肝：0. 否（跳转至 E6.6） 1. 是
- E6.5.1、如果是，那么为：1. 轻度 2. 中度 3. 重度 9. 不清楚
- E6.6、其他肝脏疾病：0. 否 1. 是，请注明_____
- E6.7、胆结石症：0. 否（跳转至 E07） 1. 是
- E6.7.1、如果是，那么为：1. 肝内胆管结石 2. 肝外胆管结石 3. 胆囊结石 9. 不清楚
- E07、下消化系统疾病：0. 否（跳转至 E08） 1. 是
- E7.1、肠息肉：0. 否 1. 是 E7.2、慢性结(直)肠炎：0. 否 1. 是
- E7.3、其他：0. 否 1. 是，请注明_____
- E08、其他系统疾病：0. 否（跳转至 F01） 1. 是
- E8.1、高血压：0. 否 1. 是 E8.2、高血脂症：0. 否 1. 是
- E8.3、糖尿病：0. 否 1. 是 E8.4、其他：0. 否 1. 是，请注明_____

F、恶性肿瘤家族史

F01、您的血缘亲属中，是否有人曾患癌症？

0. 否（男性受访者请签名并结束问卷，女性受访者请跳转至 W01） 1. 是

F1.1、如果是，请您填写下面表格：

| 是否为下列癌种？ | 是何亲属曾患此种癌症（请从表格下方代码中填写）？ |
|--|---|
| 肺癌：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 食管癌：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 胃癌：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 肝癌：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 结(直)肠癌：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 其他（包括不清楚）：0. 否 1. 是 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

亲属关系代码：1=母亲 2=父亲 3=姐妹 4=兄弟 5=祖父母 6=外祖父母 7=叔姑 8=舅姨
9=堂兄弟姐妹 10=表兄弟姐妹 11=其他

（男性受访者请您确认签名并结束问卷回答，女性受访者请您翻页并继续回答 W 项问题）

男性受访者，如果您确认 A-F 项的所有问题填写真实准确，请签名：_____

____年 ____月 ____日

| | |
|----------------------|----------------------|
| 调查员编号： _ _ 签名：_____ | 审核员编号： _ _ 签名：_____ |
|----------------------|----------------------|

W、女性生理和生育 (仅女性受访者填写)

- W01、您的首次月经年龄是(周岁):
- W02、您的月经周期是否规律? 0. 否 1. 是
- W03、您是否已绝闭经? 0. 否 (跳转至 W04) 1. 是
- W3.1、如果是,那么您的停经年龄是(周岁):
- W04、您是否曾分娩(包括自然分娩和剖腹产)? 0. 否 (跳转至 W06) 1. 是
- W4.1、如果是,那么您的初次生育年龄是(周岁):
- W05、您是否有哺乳史? 0. 否 (跳转至 W06) 1. 是
- W5.1、如果是,那么共累计哺乳多少个月(不足一月按一月计)?
- W06、您是否曾患良性乳腺疾病(乳腺增生、结节、导管扩张、良性纤维腺瘤、感染等)?
0. 否 1. 是,请注明疾病名称:
- W07、您是否曾进行女性生殖系统手术(子宫、卵巢和输卵管等部位的手术,包括剖腹产)?
0. 否 1. 是,请注明手术名称或手术部位:
- W08、您是否有血缘亲属曾患乳腺癌? 0. 否 (跳转至 W09) 1. 是
- W8.1、如果是,她们是否是您的二级内血缘亲属(母亲、亲姐妹、祖母和外祖母、阿姨)?
0. 否 (跳转至 W09) 1. 是
- W8.1.1、如果是您的二级内血缘亲属,那么共有几人?
- W8.2、您是否有一级血缘亲属(母亲、亲姐妹)在50岁及以前曾患乳腺癌? 0. 否 1. 是
- W09、您是否有血缘亲属曾患卵巢癌? 0. 否 (请签名并结束问卷) 1. 是
- W9.1、如果是,她们是否是您的二级内血缘亲属(母亲、亲姐妹、祖母和外祖母、阿姨)?
0. 否 (请签名并结束问卷) 1. 是
- W9.1.1、如果是您的二级内血缘亲属,那么共有几人?

如果您确认 A-W 项的所有问题填写真实准确,请签名: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

调查员编号: 签名: _____

审核员编号: 签名: _____

