

Supplement 2 调查问卷

调查日期: ___/___/___(年/月/日)

A. 人口统计学信息 (请阅读下列问题。选择或在括号内填写您认为最合适的答案。)

- A1 您的姓名? ()
- A2 您的性别? 1=男性 2=女性
- A3 您的出生年月? (/ /) (年/月/日)
- A4 您的身高? () 米
- A5 您的体重? () 千克
- A6 您目前就读的学校? ()
- A7 您的家庭居住地址? ()
- A8 您的手机号码? ()
-

B. 手机使用信息 (请阅读下列问题。选择或在括号内填写您认为最合适的答案。下列问题中涉及的使用手机均包括使用他人的手机。)

- B1 您是否使用手机? 1=是 2=否
- B2 您使用手机多少年? () 年
- B3 您每天使用手机打电话的时间? () 分钟/天
-

C. 健康症状 (请阅读下列问题。选择最符合您过去 6 个月健康状况的答案。)

- C1 您是否感觉到头痛?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
- C2 您是否感觉到头晕?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
- C3 您是否感觉到疲劳?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
- C4 您是否感觉到睡眠不足?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
- C5 您是否感觉到情绪低落?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
- C6 您是否感觉到心跳加速?
1=几乎没有 2=每月一次 3=每周一次 4=每周几次 5=几乎每天
-

D. 其他 (请阅读下列问题。选择您认为最合适的答案。)

- D1 您是否有学业压力? 1=是 2=否
- D2 您是否每天进行体育锻炼? 1=是 2=否
-