

請勾選您的答案或按照問題指示作答。您可能會被要求跳過一些不適用於您的問題。

懷孕前

首先的問題是關於您個人。

1. 您不穿鞋有多高？

_____ 英尺 _____ 英寸
或 _____ 厘米

2. 在您剛懷上新寶寶之前，您的體重是多少？

_____ 磅或 _____ 公斤

3. 您的出生日期？

____ / ____ / ____
月 日 年

以下問題是關於您懷新寶寶前的情況。

4. 在您懷孕之前，您一般的健康狀況是-

- 優等
- 非常好
- 好
- 一般
- 差

5. 在您懷上新寶寶之前的3個月內，您是否出現以下健康狀況？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. 第一類或第二類糖尿病（ <u>不是</u> 妊娠糖尿病，即懷孕才開始的糖尿病）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 高血壓…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 抑鬱症…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 哮喘病…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 貧血（缺鐵）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 心臟問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 癲癇症（羊癇瘋）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 甲狀腺問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 多囊卵巢綜合症（PCOS）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 焦慮…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 過敏症…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 在您懷上新寶寶之前的1個月內，您一週服用幾次綜合維生素、孕婦維生素或葉酸維生素？

- 在懷孕之前一個月內，我沒有服用綜合維生素、孕婦維生素或葉酸維生素片
- 一週1到3次
- 一週4到6次
- 一週七天都服用

7. 在您懷上新寶寶之前的12個月內，您有沒有去看醫生、護士或者其他醫務人員，包括牙醫或精神健康人員？

- 沒有 -> **前往問題10**
- 有 -> **前往問題8**

8. 在您懷上新寶寶之前的12個月內，您做了那類型的醫療護理？ **請選擇所有適用答案**

- 到家庭醫生的診所作定期檢查
 - 到婦產科醫生的診所作定期檢查
 - 因病或慢性疾病去就醫
 - 因受傷去就醫
 - 因作生育計劃或避孕去就醫
 - 因抑鬱症或焦慮去就醫
 - 去找牙醫或牙齒衛生專家清潔我的牙齒
 - 其他----->請告訴我們：
-

9. 在您懷新寶寶前的12個月內的任何一次就醫時，有沒有醫生、護士或者其他醫務人員做了下列事情？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，如有出現請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 要我服用一種含葉酸的維他命…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 跟我說如何維持健康體重…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 跟我說如何控制任何病況，如糖尿病或高血壓…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 跟我談我是否有慾望要孩子…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 跟我說如何節育防止懷孕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 跟我說如何可以在懷孕前改善我的健康…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 跟我說有關性傳染病的事情，如衣原體感染、淋病或梅毒…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 問我是否曾吸煙…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 問我是否有人傷害我的感情或身體…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 問我是否曾感到情緒低落或沮喪…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 問我做哪一類工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 為我驗人體免疫缺損病毒HIV (愛滋病毒) …… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

以下問題是關於您懷上新寶寶之前、期間和之後的健康保險。

10. 在您懷上新寶寶之前的1個月內，您有什麼健康保險？請選擇所有適用答案

- 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
- 我父母的私人健康保險
- 紐約州健康保險市場 (nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
- 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
- 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
- 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
- 家庭計劃福利計劃 (FPBP)
- TRICARE或其他軍人健康保險
- 其他健康保險----->請告訴我們

我在懷孕之前一個月內沒有任何健康保險

11. 在您最近懷孕期間，您有什麼健康保險來支付產前護理費用？請選擇所有適用答案

- 我沒有去做產前護理->前往問題12
 - 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
 - 我父母的私人健康保險
 - 紐約州健康保險市場 (nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
 - 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
 - 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
 - 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
 - TRICARE或其他軍人健康保險
 - 其他健康保險----->請告訴我們：
-
- 我沒有任何健康保險可承保我的產前護理

12. 您現在有哪一種健康保險？

請選擇所有適用答案

- 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
- 我父母的私人健康保險
- 紐約州健康保險市場 (nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
- 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
- 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
- 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
- 家庭計劃福利計劃 (FPBP)
- TRICARE或其他軍人健康保險
- 其他健康保險----->請告訴我們：

我現在沒有任何健康保險

13. 請回想一下，在您剛懷上新寶寶前，您對懷孕有什麼想法？ **請選一個答案**

- 我想遲一些懷孕 -> **前往問題14**
- 我想早一些懷孕 -> **前往問題15**
- 我當時就想懷孕 -> **前往問題15**
- 我當時不想懷孕，將來任何時候都不想 -> **前往問題15**
- 我不清楚我想要什麼 -> **前往問題15**

14. 您想等多久才懷孕？

- 少於一年
- 一年至兩年以下
- 兩年至三年以下
- 三年至五年
- 多過五年

15. 當您懷上新寶寶的時候，您是有意要懷孕嗎？

- 不是 -> **前往問題16**
- 是 -> **前往問題18**

16. 當您懷上新寶寶的時候，您或您的丈夫或伴侶當時有沒有採取任何避孕措施？ 一般採取的避孕措施包括結紮、服用避孕藥、使用避孕套、體外射精，或在月經週期中容易懷孕的時候避免房事。

- 沒有 -> **前往問題17**
- 有 -> **前往問題20**

17. 您或您的丈夫或伴侶不採取任何避孕措施的原因是什麼？ **請選擇所有適用答案**

- 我並不介意懷孕
- 我當時以為自己不會懷孕
- 我之前採用的避孕方法對我有副作用
- 當我需要時難以取得避孕用品
- 我以為我的丈夫或伴侶或我自己當時沒有生育能力（根本就不可能懷孕）
- 我丈夫或伴侶不想採取任何避孕措施
- 我忘記採取避孕措施
- 其他----->請告訴我們： _____

當您這次懷孕的時候，如果您不是有意懷上新寶寶，請跳到問題20。

18. 您有沒有服用任何生育藥物或接受醫生、護士或其他醫務人員做任何的醫療程序來懷上新寶寶？ 這可能包括不孕治療，如生育能力加強藥物或輔助生殖技術。

- 沒有 -> **前往問題20**
- 有 -> **前往問題19**

19. 在您懷上新寶寶的1個月內，您有沒有採用下列任何生育治療方法？ **請選擇所有適用答案**

- 醫生開立的生育力增強處方藥（生育藥物包括Clomid®、Serophene®、Pergonal®或其他刺激排卵的藥物）
- 人工受精或宮腔內人工授精（收集精子，但不是卵子，用醫療方法植入女方體內）
- 輔助生殖技術（在實驗室裡處理女方的卵子和男方的精子，如體外受精、配子輸卵管內移植 [GIFT]、受精卵輸卵管內移植[ZIFT]、卵胞漿內單精子注射 [ICSI]、冷凍胚胎移植或捐獻者胚胎移植）
- 其他----->請告訴我們：

我這次懷上新寶寶的一個月內沒有使用生育治療

懷孕期間

以下問題是有關您最近懷孕期間接受的產前護理。產前護理包括您分娩之前去找醫生、護士或者其他醫務人員檢查以及聽取有關懷孕的建議。（回答這些問題的時候，查看月曆會有幫助。）

20. 當您第一次做產前護理的時候，您已經懷孕幾週或幾個月了？

_____ 週或 _____ 個月->前往問題21

我沒有做產前護理->前往問題23

21. 您多數去哪裡做產前護理？不包括奶票計劃
請選一個答案

- 私人醫生的診所
- 醫院門診部
- 衛生部門的診所
- 鄰近的健康診所或社區健康診所
- 其他----->請告訴我們：

22. 當您做任何一次產前護理的時候，有沒有醫生，護士或其他醫務人員問及以下事項？對每一個選項，若沒有人問請勾選「沒有」，若有人問請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| a. 如我知道自己在懷孕期間應增加多少體重 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 如我會否服用任何處方藥 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 如我會否吸煙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 如我會否喝酒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 如會否有人傷害我感情或身體 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 如我會感到情緒低落或沮喪 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 如我會使用毒品，如大麻、可卡因、快克或冰毒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 如我是否想驗人體免疫缺損病毒HIV (愛滋病毒) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 如我是否計劃餵嬰兒母乳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 如我是否計劃在生下嬰兒後採用避孕措施 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 關於鉛中毒風險 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 關於二手煙曝露 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. 您生產新寶寶之前十二個月內，有沒有醫生、護士或者其他醫務人員提供流感疫苗或告訴您要打流感疫苗？

- 沒有
- 有

24. 您生產新寶寶之前十二個月內，有沒有打過流感疫苗？
請選一個答案

- 沒有->前往問題26
- 有，懷孕之前->前往問題25
- 有，懷孕期間->前往問題25

25. 您在哪裡打流感疫苗？請選一個答案

- 我的產科醫生或婦科醫生的診所
- 我的家庭醫生或其他醫生的診所
- 衛生部門或社區診所
- 醫院
- 藥房或雜貨店
- 我工作的地方或學校
- 其他----->請告訴我們：

如果您打了流感疫苗，請跳到問題 27

26. 您生產新寶寶之前十二個月內，為什麼沒有打流感疫苗？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生沒提到打流感疫苗的事情 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我擔心流感疫苗對我有副作用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心流感疫苗可能傷害胎兒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我不擔心得到流感 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我不認為流感疫苗有用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我通常都不打流感疫苗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 請告訴我們： _____

27. 您最近的懷孕期間，有沒有找牙醫或牙科衛生專家清潔您的牙齒？

- 沒有
- 有

28. 這個問題是關於您最近的懷孕期間的牙齒護理。對每一個選項，若不正確或不適用請勾選「不是」，若正確請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我知道懷孕期間護理牙齒和牙齦的重要性…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 牙科或其他醫務人員跟我談過如何護理牙齒和牙齦…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 懷孕期間我的保險包含牙科護理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我需要找牙醫治療牙齒問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我去了牙醫或牙科診所治療牙齒問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. 您最近懷孕期間，您對於餵母乳有怎樣的看法？

請選一個答案

- 我知道我想餵母乳
- 我想我可能會餵母乳
- 我知道我不會餵母乳
- 我不知道怎樣餵母乳

30. 您最近懷孕期間是否加入了奶票計劃WIC（又叫作婦嬰營養計劃）？

- 沒有
- 有

31. 您最近懷孕期間有沒有出現以下健康狀況？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 妊娠糖尿病（懷孕後才開始的糖尿病）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 高血壓（懷孕後才開始）、子癇前症或子癇…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 抑鬱症…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

接下來的問題是有關吸煙（懷孕之前、期間、之後）。

32. 在過去2年內，您有沒有吸煙？

- 沒有 -> **前往問題 36**
- 有 -> **前往問題 33**

33. 在您懷孕之前的3個月內，您平均每天吸幾支煙？一包煙有20支。

- 41支或更多支煙
- 21到40支煙
- 11到20支煙
- 6到10支煙
- 1到5支煙
- 不到1支煙
- 我那時沒有吸煙

34. 在您懷孕最後的3個月內，您平均每天吸幾支煙？一包煙有20支。

- 41支或更多支煙
- 21到40支煙
- 11到20支煙
- 6到10支煙
- 1到5支煙
- 不到1支煙
- 我那時沒有吸煙

35. 現在您平均每天吸多少支煙？一包煙有20支。

- 41支或更多支煙
- 21到40支煙
- 11到20支煙
- 6到10支煙
- 1到5支煙
- 不到1支煙
- 我現在沒有吸煙

接下來的問題是關於懷孕期間使用的其他煙草產品。

電子煙和其他含尼古丁的電子產品（如霧蒸發筆、電子水煙筒、水煙筒筆、電子雪茄、電子煙斗）是用尼古丁液體而非煙草的電池裝置，會產生霧狀蒸氣而不是煙霧。

水煙筒是用來吸煙草的水煙管，與電子水煙筒或電子水煙筆不同。

雪茄、小雪茄或濾嘴式小雪茄的尺寸、形狀和包裝類似香煙，一包20支，但區別在於用棕色捲煙紙捲起煙草葉。小雪茄是較細長的雪茄版本，有時末端為木製或塑料。

36. 在過去2年內，您是否使用過下列任何產品？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 電子煙或其他含有尼古丁的電子產品…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 水煙筒…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 雪茄、小雪茄或濾嘴式小雪茄 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

若您在過去2年內曾使用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品，請跳到問題 37。若沒有請跳到問題39。

37. 在您懷孕之前的3個月內，您平均多常吸電子煙或其他含有尼古丁的電子產品？

- 一天幾次
- 一天一次
- 一週2至6天
- 一週一次或更少
- 我那時沒有用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品

38. 在您懷孕最後的3個月內，您平均多常吸電子煙或其他含有尼古丁的電子產品？

- 一天幾次
- 一天一次
- 一週2至6天
- 一週一次或更少
- 我那時沒有用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品

接下來的問題是有關懷孕期間的喝酒情形。

39. 在過去2年內，您是否喝過任何酒類飲料？一份酒類飲料指一杯葡萄酒、一杯葡萄涼酒、一罐或一瓶啤酒、一小杯 (a shot) 烈酒或一杯調酒。

- 沒有 -> [前往問題41](#)
- 有 -> [前往問題40](#)

40. 在您懷孕之前的3個月內，您平均每週喝多少份酒類飲料？

- 每週喝14份酒類飲料或更多
- 每週喝7到13份酒類飲料
- 每週喝4到6份酒類飲料
- 每週喝1到3份酒類飲料
- 每週喝不到1份酒類飲料
- 我那時候不喝酒

懷孕可能是困難的時候。以下問題是關於您最近的懷孕之前和懷孕期間可能發生過的事情。

41. 這個問題是關於您的新寶寶出生前12個月內可能發生過的事情。對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。(回答這些問題的時候，查看月曆或許會有幫助。)

- | | 沒有 | 有 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 一位近親病重而必須去醫院…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我和我的丈夫或伴侶分居或離婚 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我搬家到新住址…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我無家可歸，必須露宿街頭或睡在車或庇護所…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的丈夫或伴侶失業…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我失業但我想繼續工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 我的丈夫、伴侶或我自己的工時或工資被削減…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我和我的丈夫或伴侶因為軍隊調度或長期出差而分開…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我和丈夫或伴侶爭吵比平時要多 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 我的丈夫或伴侶說他不想我懷孕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 我有困難支付租金、房貸或其他帳單…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 我的丈夫、伴侶或我自己坐牢…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. 一位非常親近的人有酗酒或吸毒問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. 一位非常親近的人去世了…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. 在您新寶寶出生之前12個月內，您有沒有因為您的種族被歧視，導致您心情很壞（例如憤怒、悲傷或挫折）？

- 沒有
 有

43. 在您懷新寶寶之前的12個月內，以下這些人有沒有推您、打您、搥您耳光、踢您、勒住您的脖子，或者用其他任何方式傷害過您的身體？對每一個人，若這段期間沒有傷害您請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的丈夫或伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前丈夫或前伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44. 在您最近懷孕期間，以下這些人有沒有推您、打您、搥您耳光、踢您、勒住您的脖子，或者用其他任何方式傷害過您的身體？對每一個人，若這段期間沒有傷害您請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的丈夫或伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前丈夫或前伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

生產後

以下問題是有關寶寶出生後的情況。

45. 您的寶寶是哪一天出生的？

____ / ____ / 20____
月 日 年

46. 您的寶寶出生之後，他/她在醫院裏待了多久？

- 少於24小時（少於1天）
 24到48小時（1到2天）
 3到5天
 6到14天
 多過14天
 我的寶寶不是在醫院出生
 我的寶寶仍在醫院->**前往問題49**

47. 您的寶寶現在還活著嗎？

- 不是->**我們深感遺憾，請前往問題64**
 是

48. 您的寶寶現在和您住在一起嗎？

- 不是->**前往問題62**
 是

49. 在新寶寶出生之前或之後，您有沒有從以下來源收到關於餵母乳的資料？對每一個選項，若沒有從個來源收到資料請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 護士、助產士或陪產士..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 授乳專家..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 寶寶的醫生或保健服務提供者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 母乳餵哺互助小組..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 母乳餵哺熱線或免費電話..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 親人或朋友..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 其他..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 請告訴我們： _____

50. 您有沒有餵母乳，或者用吸奶器吸出母乳來餵您的新寶寶，即使是一段短時期？

- 沒有->[前往問題56](#)
 有 ->[前往問題51](#)

51. 您現在有沒有餵母乳，或者用吸奶器吸出母乳來餵您的新寶寶？

- 沒有->[前往問題52](#)
 有 ->[前往問題54](#)

52. 您用餵母乳或者用吸奶器把母乳吸出來餵給您的嬰兒有多少週或月？

- 少於一週
_____ 週或 _____ 個月

53. 您停止餵母乳的原因？

請選擇所有適用答案

- 我的寶寶在含乳頭或餵奶方面有困難
- 只靠母乳不能滿足我的寶寶
- 我認為我的寶寶增磅不足
- 我的乳頭發炎、裂開或流血或太痛
- 我認為我的奶水不夠或已經沒有奶水了
- 我有太多其它家務要做
- 我認為是時候停止餵母乳了
- 我生病了或因醫療緣故必須停止
- 我回去上班
- 我回去上學
- 我的伴侶不支持餵母乳
- 我的寶寶患了黃疸（皮膚或眼白發黃）
- 其他----->請告訴我們：

如果您的寶寶不在醫院出生，請跳到問題55

54. 這個問題是關於您新寶寶出生的醫院裏可能發生過的事情。對每一個選項，若沒有發生請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 醫務人員給我有關餵母乳的資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在醫院裏我的寶寶和我待在同一個房間裏..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我在醫院裏餵寶寶母乳..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 醫務人員幫助我學習怎樣餵母乳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的寶寶出生一小時內我就開始餵母乳..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我在寶寶出生後一小時內和寶寶有肌膚接觸..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 在醫院裏，我的寶寶只餵母乳..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 醫務人員告訴我，無論何時，當寶寶想喝母乳時我都要餵..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 醫院給了我吸奶器讓我使用..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 醫院送我配方奶粉的禮品包..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 醫院給了我一個提供餵母乳協助的電話號碼..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 醫務人員給我的寶寶吸安撫奶嘴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55. 您的新寶寶多大的時候第一次喝母乳以外的任何飲料（例如配方奶、水、果汁或牛奶）？

_____ 週或 _____ 個月

- 我的寶寶當時不到1週大
- 我的寶寶還沒有餵過母乳之外的任何飲料

56. 您的新寶寶多大的時候第一次吃固體食物（例如嬰兒麥片粥、嬰兒食品或者任何其他食物）？

_____ 週或 _____ 個月

- 我的寶寶當時不到1週大
- 我的寶寶沒有吃任何固體食物

若您的寶寶目前仍然在醫院，請跳到問題62。

57. 您現在最常讓您的寶實用什麼姿勢睡覺？請選一個答案

- 側睡
- 仰睡
- 俯睡

58. 在過去2週內，您的新寶寶多常獨自一人睡在自己的嬰兒床或床上？

- 一直如此
- 經常
- 有時
- 很少
- 從來沒有過->[前往問題60](#)

59. 當您的新寶寶獨自睡時，嬰兒床是放在您睡覺的同一個房間嗎？

- 不是
- 是

60. 下面列出更多關於嬰兒睡眠的方式。在過去2週內，您的寶寶通常如何睡覺？對每一個選項，若您的寶寶通常不是用這種方式睡覺請勾選「不是」，若是請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 睡在嬰兒床、睡籃或遊戲床…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 睡在單人或加大床墊或床上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 睡在沙發或扶手椅上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 睡在嬰兒汽車座椅或搖椅上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 睡在嬰兒睡袋或可穿式毛毯中…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 旁邊有條毯子…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 旁邊有玩具、靠墊或枕頭，包括授乳枕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 嬰兒床裝有防撞軟墊（有網孔或沒有網孔）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61. 有沒有醫生、護士或者其他醫務人員告訴過您下列任何事情？對每一個選項，若他們不會告訴您請勾選「沒有」，若曾告訴您請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 讓寶寶仰睡…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 讓寶寶睡嬰兒床、睡籃或遊戲床…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 把嬰兒床放在我的房間內…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 什麼東西可以或不可以和寶寶一起放在床上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. 自從您的新寶寶出生後，有沒有家訪員到您家幫助您學習怎樣照顧您自己或您的新寶寶？家訪是護士，醫務人員，社工或幫助新生兒的母親計畫的工作人員。

- 沒有->[前往問題64](#)
- 有 ->[前往問題63](#)

63. 自從您的新寶寶出生後，有哪些家訪員到您家拜訪？

- 護士或護士助理
- 教師或健康教員
- 陪產士或助產士
- 來自「護士家庭合作計劃」(Nurse-Family Partnership - NFP) 的人員
- 來自紐約市衛生局「新生兒家訪計劃」(Newborn Home Visiting Program) 的人員
- 其他----->請告訴我們：

我不知道

64. 您與您的丈夫或伴侶現在有沒有採取任何避孕措施？常見的避孕措施包括結紮、服用避孕藥、使用避孕套、體外射精或在月經週期中容易懷孕的時候避免房事。

- 沒有->**前往問題65**
- 有 ->**前往問題66**

65. 您或您的丈夫或伴侶現在為什麼沒有採取任何避孕措施？ **請選擇所有適用答案**

- 我想懷孕
- 我正在懷孕
- 我做了輸卵管結紮或閉合
- 我不想採取避孕措施
- 我擔心避孕措施的副作用
- 我沒有性生活
- 我的丈夫或伴侶不想採取任何避孕措施
- 我付不起避孕費用
- 其他----->請告訴我們：

如果您和您的丈夫或伴侶目前沒有採取任何避孕措施，請跳到問題67。

66. 您與您的丈夫或伴侶現在採取什麼避孕措施？ **請選擇所有適用答案**

- 輸卵管結紮或閉合 (女性絕育或Essure)
- 輸精管結紮 (男性絕育)
- 避孕藥
- 避孕套
- 避孕針 (Depo-Provera®)
- 避孕貼 (OrthoEvra®) 或陰道環 (NuvaRing®)
- 子宮環 (包括Mirena®、ParaGard®、Liletta或Skyla®)
- 避孕器植入手臂 (Nexplanon®或Implanon®)
- 自然生育計劃 (週期避孕法)
- 體外射精
- 沒有性生活 (禁慾)
- 其他----->請告訴我們： _____

67. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有做產後檢查？產後檢查是女性在生產完大約4-6週之後接受的一種常規檢查。

- 沒有->**前往問題69**
- 有 ->**前往問題68**

68. 在您做產後檢查時，有沒有醫生，護士或者其他醫務人員做下列任何事情？對每一個選項，若沒有做請勾選「沒有」，若有做請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. 要我服用一種含葉酸的維他命…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 跟我說關於健康飲食、運動和減去懷孕時增加體重的事情…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 跟我說要等多久才應再次懷孕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 跟我說產後的避孕方法…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 為我提供避孕用品或開避孕處方，如避孕藥、避孕貼、避孕針 (Depo-Provera®)、陰道環 (NuvaRing®) 或避孕套…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 植入子宮環 (包括Mirena®、ParaGard®、Liletta® 或Skyla®) 或避孕器 (Nexplano®或Implanon®)…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 問我如曾有吸煙…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 問我如曾有人傷害我的感情或身體 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 問我如曾有感到情緒低落或沮喪…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 為我檢查糖尿病…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 問我餵母乳的進展…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69. 自從您的新寶寶出生之後，您多常感覺情緒低落、抑鬱或絕望？

- 一直如此
- 經常
- 有時
- 很少
- 從來沒有過

70. 自從您的新寶寶出生之後，您多常對於平時喜歡做的事感覺缺乏興趣或樂趣？

- 一直如此
- 經常
- 有時
- 很少
- 從來沒有過

71. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症向醫生，護士或者其他醫務人員求助？

- 沒有
- 有

72. 自從您的新寶寶出生之後，有沒有醫生，護士或者其他醫務人員告訴您說您有抑鬱症？

- 沒有->[前往問題75](#)
- 有->[前往問題73](#)

73. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症而獲得諮商？

- 沒有
- 有

74. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症而服用處方藥？

- 沒有
- 有

75. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有任何時候感覺需要為您的抑鬱症尋求治療或諮商，但卻得不到？

- 沒有->[前往問題77](#)
- 有->[前往問題76](#)

76. 您為什麼得不到抑鬱症的治療或諮商？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我找不到喜歡的醫生…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 看起來太困難或太嚇人…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心費用太貴或無力支付…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我因為工作、照顧小孩或投入其他項目而沒有時間…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我找不到會講我語言的醫生…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

其他經驗

以下是幾個不同類型的問題。

如果在您最近的懷孕期間沒有做產前護理，請跳到問題78。

77. 在您做任何一次產前護理時，有沒有醫生、護士或其他醫務人員建議您打Tdap疫苗？Tdap疫苗是破傷風補強疫苗，也可預防百日咳。

- 沒有
- 有

78. 在您最近的懷孕期間，有沒有打Tdap疫苗？Tdap疫苗是破傷風補強疫苗，也可預防百日咳。

- 沒有->[前往問題80](#)
- 有->[前往問題79](#)
- 我不知道->[前往問題81](#)

79. 您是在哪一個妊娠期打Tdap疫苗？

請選一個答案

- 第一個（懷孕初期3個月）
- 第二個（懷孕中間3個月）
- 第三個（懷孕最後3個月）
- 不記得

如您有打Tdap疫苗，請跳到問題81。

80. 在您最近懷孕期間，您為什麼沒打Tdap疫苗？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生沒提到打Tdap疫苗的事情 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我擔心Tdap疫苗對我有副作用…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心Tdap疫苗可能傷害胎兒…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我不擔心得到百日咳…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我不認為Tdap疫苗有用…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我通常都不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 我的保險不承保Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我沒有保險，負擔不起Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我因醫療原因而不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 我因宗教原因而不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 其他…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

請告訴我們：

81. 在您最近懷孕中的任何時候，您有沒有從事受薪工作？

- 沒有 -> [前往問題86](#)
- 有 -> [前往問題82](#)

82. 您已經回到您懷孕期間的工作單位嗎？

請選一個答案

- 沒有，我不準備回去 -> [前往問題86](#)
- 沒有，但我會回去 -> [前往問題83](#)
- 有 -> [前往問題83](#)

83. 自您的新寶寶出生之後，您有沒有從工作中休假？

請選擇所有適用答案

- 我休了帶薪假 -> [前往問題84](#)
- 我休了無薪假 -> [前往問題84](#)
- 我休假並使用臨時傷殘保險 -> [前往問題84](#)
- 我沒有休假 -> [前往問題85](#)

84. 您已經或準備休假的時間總共幾週或幾個月？

_____ 週或 _____ 個月

- 不到1週

85. 自您的新寶寶出生之後，下列任何事情有沒有影響您從工作中休假的決定？對每一個選項，若不適用請勾選「沒有」，若適用請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我財務上無法負擔休假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我怕如果請假或繼續休假會丟掉工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我有太多工作要做，不能請假或繼續休假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我的工作不提供帶薪假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的工作不提供彈性工時制…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我還沒有累積足夠年資，無法請假或休更長的假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

如果您的寶寶沒活下來，不和您共同生活，或仍在醫院裏，請跳到問題87。

86. 在過去一週內，您或其他家人有多少天讀、唱或講故事給您的新寶寶聽？

- 沒有
- 1或2天
- 3或4天
- 5或6天
- 每天

87. 在過去30天內，您是否曾擔心您或您的家人沒有足夠的食物？

- 沒有
- 有

最後的問題是關於您的新寶寶出生之前12個月內的情況。

88. 在您的新寶寶出生之前的12個月內，您的稅前家庭總年收入是多少？包括您的收入、您丈夫或伴侶的收入，以及其它任何收入。所有資料都會被保密，不會影響到您目前正在接受的任何服務。

- \$0 到\$16,000
- \$16,001到\$20,000
- \$20,001到\$24,000
- \$24,001到\$28,000
- \$28,001到\$32,000
- \$32,001到\$40,000
- \$40,001到\$48,000
- \$48,001到\$57,000
- \$57,001到\$60,000
- \$60,001到\$73,000
- \$73,001到\$85,000
- 多於\$85,001

89. 在您的新寶寶出生之前的12個月內，有多少人靠這些收入生活，包括您自己在內？

_____人

90. 今天日期：

_____/_____/20____
月 日 年

請用以下空白處寫下您在懷孕期間的任何經驗，或您對紐約市母親和嬰兒健康的任何看法。
謝謝回答我們的問題！

您的答案會幫助我們讓紐約市的母親和嬰兒更健康。

