

E. 恶性肿瘤家族史		
E1. 您家是否有人患肿瘤？ <input type="checkbox"/>		
0. 否 1. 是		
E1.1. 若是，请填写下表		
亲属关系	肿瘤名称	年龄
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一级亲属：01=母亲 02=父亲 03=姐妹 04=兄弟 05=子女		
二级亲属：06=祖父母 07=外祖父母 08=叔伯姑 09=舅姨		
三级亲属：10=堂兄弟姐妹 11=表兄弟姐妹 99=其他		
男性受访者请您确认签名并结束问卷回答，女性受访者请您继续回答 W 项问题		
W. 女性生理和生育（仅女性受访者填写）		
W1. 您的首次月经年龄是（周岁）？ <input type="checkbox"/>		
W2. 您是否已绝经？ <input type="checkbox"/>		
0. 否 1. 是		
W2.1. 若是，停经年龄（周岁） <input type="checkbox"/>		
W3. 您是否使用激素替代治疗？ <input type="checkbox"/>		
0. 否		
1. 是，仅雌激素（如更宝芬、补佳乐、协坤、维尼安、更乐、倍美力、得美素、欧适可、松奇、康美华、尼尔雌醇等）		
2. 是，雌孕激素联合（如诺康律、诺更宁、克龄蒙、倍美安、倍美盈等）		
W3.1. 若是，使用年数（半年填 0.5） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
W4. 您是否有活产史？ <input type="checkbox"/>		
0. 否（未生育、流产、死胎均包括） 1. 是		
W4.1. 若是，初次活产年龄（周岁） <input type="checkbox"/>		

W5. 您是否有哺乳史？ <input type="checkbox"/>
0. 否 1. 是
W5.1. 若是，累计哺乳月数（不足 1 月按 1 月计） <input type="checkbox"/>
W6. 您是否曾有乳腺活检史或乳腺良性疾病手术史？ <input type="checkbox"/>
0. 否 1. 是
W6.1. 若是，请注明次数 <input type="checkbox"/>
W7. 您是否有一级亲属（母亲、姐妹及子女）曾患乳腺癌？ <input type="checkbox"/>
0. 否 1. 是
W8. 您是否有二级亲属（祖母、外祖母及阿姨）50 岁前曾患乳腺癌？ <input type="checkbox"/>
0. 否 1. 是
W8.1. 若是，请注明人数 <input type="checkbox"/>
W9. 您是否有二级亲属（祖母、外祖母及阿姨）50 岁前曾患卵巢癌？ <input type="checkbox"/>
0. 否 1. 是
W9.1. 若是，请注明人数 <input type="checkbox"/>
如果您确认 A-W 项的所有问题填选真实准确，请签名： _____
调查员编号： <input type="checkbox"/> 签名： _____
审核员编号： <input type="checkbox"/> 签名： _____
调查日期:20 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日

参加者编码：

年 月 日 省 市 区 街道 社区

序号：

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）

籍贯： _____ 省 _____ 市 _____ 县（区）

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 _____

身份证：

本人联系电话： （手机）；

（座机）

联系人 1 电话： （手机）

联系人 2 电话： （手机）

常住地址： _____

工作单位： _____

检测结果： HBsAg: 阳性 阴性 Hp: 阳性 阴性 FIT: 阳性 阴性 （如采用定量化 FIT, FIT

检测具体结果为： _____ ug hb/ml) _____

A. 一般情况	
A1. 身高：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 厘米
A2. 体重：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 公斤
A3. 腰围：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 厘米
A4. 文化 程 度 :	<input type="checkbox"/>
	1. 未正规上过学 2. 小学 3. 初中 4. 高中/中专/技校
	5. 大专 6. 大学及以上
A5. 婚姻状况:	<input type="checkbox"/>
	1. 未婚 2. 初婚 3. 再婚 4. 离异 5. 丧偶 6. 未婚同居
A6. 您 的 职 业 :	<input type="checkbox"/>
	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 99. 其他，请注明 _____

A7. 您是否有有害物质职业接触（1 年及以上）？ <input type="checkbox"/>		
0. 否（跳转至 B1） 1. 是		
A7.1. 职业接触何种有害物质（可多选）？ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
1. 石棉		
2. 氡、铍、铀、铬、镉、镍、硅、砷等		
3. 柴油废气、煤烟和煤烟灰		
B. 饮食习惯（过去一年内你是否食用以下食品）		
食品名称	频度	摄入量 占比 (周)
B1. 新鲜蔬菜	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> %
B2. 新鲜水果	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> %

B3. 肉蛋奶类	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. 豆类食品	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. 大蒜	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	
B6. 口味偏好	1. 咸 2. 中 3. 淡 <input type="checkbox"/>	
B7. 腌制蔬菜	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8. 加工肉类	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9. 油炸食品	1. 每天 2. 每周 4-6 天 3. 每周 2-3 天 4. 每周 1 天及以下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10. 是否喜烫热食品	1. 是 2. 否 <input type="checkbox"/>	
C. 生活环境、方式和习惯		
C1. 厨房油烟暴露情况		
C1.1. 在过去一年中, 您家做饭时住房内的油烟情况? <input type="checkbox"/> 1. 无烟 2. 少许 3. 较多 4. 很多		
C1.2. 您本人做饭时间多久? <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月		
C1.3. 您本人每周做几次饭? <input type="checkbox"/>		
C2. 吸烟情况		
C2.1. 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)? <input type="checkbox"/> 0. 否, 从不吸(跳转至 C2.6) 1. 是, 目前仍在吸 2. 以前吸, 目前已戒烟		
C2.2. 开始吸烟年龄 <input type="checkbox"/>		
C2.3. 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)? <input type="checkbox"/>		

C2.4. 如果您仍在吸烟或曾吸烟, 扣除戒烟年数, 共吸烟多久? <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月																								
C2.5. 如果您目前已戒烟, 这次戒烟已持续多久? <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月																								
C2.6. 对于不吸烟女性, 是否与吸烟的家人共同生活≥20 年? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.6.1 该家人目前是否戒烟? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.6.2 如果是, 该家人是否戒烟不足 15 年? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.6.3 该家人平均每天吸烟多少支? <input type="checkbox"/>																								
C2.6.4 扣除戒烟年数, 该家人共吸烟多少年? <input type="checkbox"/>																								
C2.7. 对于不吸烟女性, 是否与吸烟的同事同室工作≥20 年? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.7.1 该同事目前是否戒烟? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.7.2 如果是, 该同事是否戒烟不足 15 年? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																								
C2.7.3 该同事平均每天吸烟多少支? <input type="checkbox"/>																								
C2.7.4 扣除戒烟年数, 该同事共吸烟多少年? <input type="checkbox"/>																								
C3. 饮酒情况																								
C3.1. 您是否饮酒?(每天饮酒 1 两以上, 持续 1 年以上) 0. 否(跳转至 C4.1) 1. 是 <input type="checkbox"/>																								
C3.2. 若是, 请填写下表																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>种类</th> <th>0. 否 1. 是</th> <th>每天饮酒量?</th> <th>饮酒年限</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>啤酒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>毫升/天</td> <td><input type="checkbox"/>年</td> </tr> <tr> <td>低度白酒<40 度</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>两/天</td> <td><input type="checkbox"/>年</td> </tr> <tr> <td>高度白酒≥40 度</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>两/天</td> <td><input type="checkbox"/>年</td> </tr> <tr> <td>葡萄酒/黄酒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>毫升/天</td> <td><input type="checkbox"/>年</td> </tr> <tr> <td>米酒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>两/天</td> <td><input type="checkbox"/>年</td> </tr> </tbody> </table>	种类	0. 否 1. 是	每天饮酒量?	饮酒年限	啤酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 毫升/天	<input type="checkbox"/> 年	低度白酒<40 度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年	高度白酒≥40 度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年	葡萄酒/黄酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 毫升/天	<input type="checkbox"/> 年	米酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年
种类	0. 否 1. 是	每天饮酒量?	饮酒年限																					
啤酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 毫升/天	<input type="checkbox"/> 年																					
低度白酒<40 度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年																					
高度白酒≥40 度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年																					
葡萄酒/黄酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 毫升/天	<input type="checkbox"/> 年																					
米酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 两/天	<input type="checkbox"/> 年																					
说明: 啤酒 750 毫升相当于一两白酒; 葡萄酒或黄酒(约 200 毫升)相当于一两白酒																								

C4. 运动情况																		
C4.1 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)? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																		
D. 既往史																		
D1. 您是否曾被确诊患有任何癌症(非黑色素瘤性皮肤癌除外)? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																		
您是否有下述疾病病史(经正规医疗机构明确诊断)?																		
D2. 慢性呼吸系统疾病史																		
D2.1. 您是否患有慢性呼吸系统疾病? <input type="checkbox"/> 0. 否(跳转至 D3.1) 1. 是																		
D2.2. 若是, 请填写下表																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名称</th> <th>0. 否 1. 是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>慢性阻塞性肺疾病</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肺气肿</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>矽肺或尘肺</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肺结核</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>其他: 请注明_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	疾病名称	0. 否 1. 是	慢性阻塞性肺疾病	<input type="checkbox"/>	肺气肿	<input type="checkbox"/>	矽肺或尘肺	<input type="checkbox"/>	肺结核	<input type="checkbox"/>	其他: 请注明_____							
疾病名称	0. 否 1. 是																	
慢性阻塞性肺疾病	<input type="checkbox"/>																	
肺气肿	<input type="checkbox"/>																	
矽肺或尘肺	<input type="checkbox"/>																	
肺结核	<input type="checkbox"/>																	
其他: 请注明_____																		
D2.3. 如果您患有肺结核, 是否已经痊愈≥2 年? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是																		
D3. 上消化道系统疾病史																		
D3.1. 您是否患有上消化道系统疾病? <input type="checkbox"/> 0. 否(跳转至 D4.1) 1. 是																		
D3.2. 若是, 请填写下表																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名称</th> <th>0. 否 1. 是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>食管上皮内瘤变</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>慢性萎缩性胃炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肥厚性胃炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>胃息肉</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>手术后残胃</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>胃黏膜上皮内瘤变</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>胃肠上皮化生</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>其他: 请注明_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	疾病名称	0. 否 1. 是	食管上皮内瘤变	<input type="checkbox"/>	慢性萎缩性胃炎	<input type="checkbox"/>	肥厚性胃炎	<input type="checkbox"/>	胃息肉	<input type="checkbox"/>	手术后残胃	<input type="checkbox"/>	胃黏膜上皮内瘤变	<input type="checkbox"/>	胃肠上皮化生	<input type="checkbox"/>	其他: 请注明_____	
疾病名称	0. 否 1. 是																	
食管上皮内瘤变	<input type="checkbox"/>																	
慢性萎缩性胃炎	<input type="checkbox"/>																	
肥厚性胃炎	<input type="checkbox"/>																	
胃息肉	<input type="checkbox"/>																	
手术后残胃	<input type="checkbox"/>																	
胃黏膜上皮内瘤变	<input type="checkbox"/>																	
胃肠上皮化生	<input type="checkbox"/>																	
其他: 请注明_____																		

D3.3. 您是否患有食管或胃高级别上皮内瘤变? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是										
如果选是: 具体部位为: 食管 <input type="checkbox"/> , 胃 <input type="checkbox"/> (可多选)										
D4. 肝脏疾病史										
D4.1. 您是否患有肝脏疾病? <input type="checkbox"/> 0. 否(跳转至 D5.1) 1. 是										
D4.2. 若是, 请填写下表										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名称</th> <th>0. 否 1. 是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>慢性乙型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>慢性丙型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肝硬化</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>其他: 请注明_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	疾病名称	0. 否 1. 是	慢性乙型肝炎	<input type="checkbox"/>	慢性丙型肝炎	<input type="checkbox"/>	肝硬化	<input type="checkbox"/>	其他: 请注明_____	
疾病名称	0. 否 1. 是									
慢性乙型肝炎	<input type="checkbox"/>									
慢性丙型肝炎	<input type="checkbox"/>									
肝硬化	<input type="checkbox"/>									
其他: 请注明_____										
D5. 肠道疾病史										
D5.1. 您是否患有肠道疾病? <input type="checkbox"/> 0. 否(跳转至 D5.3) 1. 是										
D5.2. 若是, 请填写下表										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名称</th> <th>0. 否 1. 是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>结肠息肉</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>慢性结肠炎</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>其他: 请注明_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	疾病名称	0. 否 1. 是	结肠息肉	<input type="checkbox"/>	慢性结肠炎	<input type="checkbox"/>	其他: 请注明_____			
疾病名称	0. 否 1. 是									
结肠息肉	<input type="checkbox"/>									
慢性结肠炎	<input type="checkbox"/>									
其他: 请注明_____										
D5.3. 您的一级亲属(包括父母、亲兄弟姐妹及子女)是否有患有家族性腺瘤性息肉病? <input type="checkbox"/> 0. 否 1. 是										
D6. 其他系统疾病史										
D6.1. 您是否患有以下疾病? <input type="checkbox"/> 0. 否(跳转至 E1) 1. 是										
D6.2. 若是, 请填写下表										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名称</th> <th>0. 否 1. 是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血压</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>高血脂症</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	疾病名称	0. 否 1. 是	高血压	<input type="checkbox"/>	高血脂症	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>		
疾病名称	0. 否 1. 是									
高血压	<input type="checkbox"/>									
高血脂症	<input type="checkbox"/>									
糖尿病	<input type="checkbox"/>									