

儿童健康公平性测评问题——青少人与家人/监护者问卷调查

实施考虑事项:

- 使用《看护人/家庭调查》还是《患者/青年调查》没有统一标准。儿童对调查的回应能力受多个因素影响。每个机构/每项计划应根据其患者群体的情况决定由患者（而非看护人/家庭）填写调查的年龄。
- 每道题目的答案选项可根据机构的需求及其患者群体的情况进行调整（例如，增加或删除答案选型，或更改答案选型的顺序）。但是，请尽可能与现有的问题和答案集保持一致，以保留进行跨机构基准比较的能力和从系统层面审核结果的能力。

青少人问卷调查			家人/监护者问卷调查		
			1a) 您与今天到场的儿童是何关系？		
			<input type="checkbox"/> 1 家长（如母亲、父亲、继父母、养父母） <input type="checkbox"/> 2（外）祖父母 <input type="checkbox"/> 3 亲属（如姑/姨、叔/舅、兄弟姐妹） <input type="checkbox"/> 88 其他（请说明）： _____ <input type="checkbox"/> 99 选择不回答		
1) 您感觉用哪种语言与您的保健服务提供商交谈最舒适？（勾选所有适用选项）			1b) 您感觉用哪种语言与您孩子/患者的保健服务提供商交谈最舒适？（勾选所有适用选项）		
<input type="checkbox"/> 1 英语*（加拿大官方语言） <input type="checkbox"/> 2 法语*（加拿大官方语言） <input type="checkbox"/> 3 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 4 阿姆哈拉语 <input type="checkbox"/> 5 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 6 ASL（美国手语） <input type="checkbox"/> 7 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 8 保加利亚语 <input type="checkbox"/> 9 缅甸语 <input type="checkbox"/> 10 格鲁吉亚语 <input type="checkbox"/> 11 希腊语 <input type="checkbox"/> 12 粤语 <input type="checkbox"/> 13 捷克语 <input type="checkbox"/> 14 达里语 <input type="checkbox"/> 15 波斯语	<input type="checkbox"/> 16 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 17 豪萨语 <input type="checkbox"/> 18 希伯来语 <input type="checkbox"/> 19 印地语 <input type="checkbox"/> 20 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 21 意大利语 <input type="checkbox"/> 22 克伦语 <input type="checkbox"/> 23 韩语 <input type="checkbox"/> 24 普通话 <input type="checkbox"/> 25 尼泊尔语 <input type="checkbox"/> 26 普什图语 <input type="checkbox"/> 27 波兰语 <input type="checkbox"/> 28 葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 35 索马里语 <input type="checkbox"/> 36 西班牙语 <input type="checkbox"/> 37 斯瓦希里语 <input type="checkbox"/> 38 土耳其语 <input type="checkbox"/> 39 特维语 <input type="checkbox"/> 40 乌克兰语 <input type="checkbox"/> 41 塔加拉族语 <input type="checkbox"/> 42 泰米尔语 <input type="checkbox"/> 43 泰语 <input type="checkbox"/> 44 藏语 <input type="checkbox"/> 45 提格里尼亚语 <input type="checkbox"/> 46 台山话 <input type="checkbox"/> 47 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 48 越南语 <input type="checkbox"/> 49 其他语言（请说明）： _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 英语*（加拿大官方语言） <input type="checkbox"/> 2 法语*（加拿大官方语言） <input type="checkbox"/> 3 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 4 阿姆哈拉语 <input type="checkbox"/> 5 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 6 ASL（美国手语） <input type="checkbox"/> 7 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 8 保加利亚语 <input type="checkbox"/> 9 缅甸语 <input type="checkbox"/> 10 格鲁吉亚语 <input type="checkbox"/> 11 希腊语 <input type="checkbox"/> 12 粤语 <input type="checkbox"/> 13 捷克语 <input type="checkbox"/> 14 达里语 <input type="checkbox"/> 15 波斯语	<input type="checkbox"/> 16 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 17 豪萨语 <input type="checkbox"/> 18 希伯来语 <input type="checkbox"/> 19 印地语 <input type="checkbox"/> 20 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 21 意大利语 <input type="checkbox"/> 22 克伦语 <input type="checkbox"/> 23 韩语 <input type="checkbox"/> 24 普通话 <input type="checkbox"/> 25 尼泊尔语 <input type="checkbox"/> 26 普什图语 <input type="checkbox"/> 27 波兰语 <input type="checkbox"/> 28 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 29 旁遮普语	<input type="checkbox"/> 35 索马里语 <input type="checkbox"/> 36 西班牙语 <input type="checkbox"/> 37 斯瓦希里语 <input type="checkbox"/> 38 土耳其语 <input type="checkbox"/> 39 特维语 <input type="checkbox"/> 40 乌克兰语 <input type="checkbox"/> 41 塔加拉族语 <input type="checkbox"/> 42 泰米尔语 <input type="checkbox"/> 43 泰语 <input type="checkbox"/> 44 藏语 <input type="checkbox"/> 45 提格里尼亚语 <input type="checkbox"/> 46 台山话 <input type="checkbox"/> 47 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 48 越南语 <input type="checkbox"/> 49 其他语言（请说明）： _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答

	<input type="checkbox"/> 29 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 30 罗辛亚语 <input type="checkbox"/> 31 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 32 俄语 <input type="checkbox"/> 33 塞尔维亚 <input type="checkbox"/> 34 斯洛伐克语			<input type="checkbox"/> 30 罗辛亚语 <input type="checkbox"/> 31 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 32 俄语 <input type="checkbox"/> 33 塞尔维亚 <input type="checkbox"/> 34 斯洛伐克语	
1c) 您的孩子/患者感觉用哪种语言与其保健服务提供商交谈最舒适? (勾选所有适用选项)					
	<input type="checkbox"/> 1 英语* (加拿大官方语言) <input type="checkbox"/> 2 法语* (加拿大官方语言) <input type="checkbox"/> 3 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 4 阿姆哈拉语 <input type="checkbox"/> 5 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 6 ASL (美国手语) <input type="checkbox"/> 7 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 8 保加利亚语 <input type="checkbox"/> 9 缅甸语 <input type="checkbox"/> 10 格鲁吉亚语 <input type="checkbox"/> 11 希腊语 <input type="checkbox"/> 12 粤语 <input type="checkbox"/> 13 捷克语 <input type="checkbox"/> 14 达里语 <input type="checkbox"/> 15 波斯语	<input type="checkbox"/> 16 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 17 豪萨语 <input type="checkbox"/> 18 希伯来语 <input type="checkbox"/> 19 印地语 <input type="checkbox"/> 20 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 21 意大利语 <input type="checkbox"/> 22 克伦语 <input type="checkbox"/> 23 韩语 <input type="checkbox"/> 24 普通话 <input type="checkbox"/> 25 尼泊尔语 <input type="checkbox"/> 26 普什图语 <input type="checkbox"/> 27 波兰语 <input type="checkbox"/> 28 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 29 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 30 罗辛亚语 <input type="checkbox"/> 31 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 32 俄语	<input type="checkbox"/> 35 索马里语 <input type="checkbox"/> 36 西班牙语 <input type="checkbox"/> 37 斯瓦希里语 <input type="checkbox"/> 38 土耳其语 <input type="checkbox"/> 39 特维语 <input type="checkbox"/> 40 乌克兰语 <input type="checkbox"/> 41 塔加拉族语 <input type="checkbox"/> 42 泰米尔语 <input type="checkbox"/> 43 泰语 <input type="checkbox"/> 44 藏语 <input type="checkbox"/> 45 提格里尼亚语 <input type="checkbox"/> 46 台山话 <input type="checkbox"/> 47 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 48 越南语 <input type="checkbox"/> 49 其他语言 (请说明) : _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答		

		<input type="checkbox"/> 33 塞尔维亚	
		亚	
		<input type="checkbox"/> 34 斯洛伐克语	
2a) 您是否在加拿大出生？		2a) 您是否在加拿大出生？	
<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 88 不知道	<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 88 不知道
<input type="checkbox"/> 2 否	<input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 2 否	<input type="checkbox"/> 99 不想回答
2b) 如果否，那您何时搬到加拿大的？		2b) 如果否，那您何时搬到加拿大的？	
<input type="checkbox"/> 1 5 年内	<input type="checkbox"/> 3 10 年前或更久以前	<input type="checkbox"/> 1 5 年内	<input type="checkbox"/> 3 10 年前或更久以前
<input type="checkbox"/> 2 5 到 9 年前	<input type="checkbox"/> 88 不知道	<input type="checkbox"/> 2 5 到 9 年前	<input type="checkbox"/> 88 不知道
	<input type="checkbox"/> 99 不想回答		<input type="checkbox"/> 99 不想回答
		2c) 您的孩子/患者是否在加拿大出生？	
		<input type="checkbox"/> 1 是	<input type="checkbox"/> 88 不知道
		<input type="checkbox"/> 2 否	<input type="checkbox"/> 99 不想回答
		2d) 如果否，那其何时搬到加拿大的？	
		<input type="checkbox"/> 1 5 年内	<input type="checkbox"/> 3 10 年前或更久以前
		<input type="checkbox"/> 2 5 到 9 年前	<input type="checkbox"/> 88 不知道
			<input type="checkbox"/> 99 不想回答
3) 您是否认为自己是第一民族、梅蒂斯人和/或因纽特人？（勾选所有适用选项）。此问题是关于您对自己的身份认知（例如，包括有无身份）		3a) 您是否认为自己是第一民族、梅蒂斯人和/或因纽特人？（勾选所有适用选项）。此问题是关于您对自己的身份认知（例如，包括有无身份）	
<input type="checkbox"/> 1 是，我认为自己是第一民族	<input type="checkbox"/> 4 否	<input type="checkbox"/> 1 是，我认为自己是第一民族	<input type="checkbox"/> 4 否
<input type="checkbox"/> 2 是，我认为自己是因纽特人	<input type="checkbox"/> 88 不知道	<input type="checkbox"/> 2 是，我认为自己是因纽特人	<input type="checkbox"/> 88 不知道
<input type="checkbox"/> 3 是，我认为自己是梅蒂斯人	<input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 3 是，我认为自己是梅蒂斯人	<input type="checkbox"/> 99 不想回答
		3b) 您的孩子/患者是否认为自己是第一民族、梅蒂斯人和/或因纽特人？（勾选所有适用选项）。此问题是关于您对自己的身份认知（例如，包括有无身份）	
		<input type="checkbox"/> 1 是，我认为自己是第一民族	<input type="checkbox"/> 4 否
		<input type="checkbox"/> 2 是，我认为自己是因纽特人	<input type="checkbox"/> 88 不知道
			<input type="checkbox"/> 99 不想回答

	<input type="checkbox"/> 3 是, 我认为自己是梅蒂斯人	
4) 您的民族或文化背景是什么? 例如: 加拿大人、中国人、东印度人、英国人、菲律宾人、法国人、德国人、爱尔兰人、意大利人、牙买加人、犹太人、波兰人、葡萄牙人、苏格兰人等	4a) 您的民族或文化背景是什么? 例如: 加拿大人、中国人、东印度人、英国人、菲律宾人、法国人、德国人、爱尔兰人、意大利人、牙买加人、犹太人、波兰人、葡萄牙人、苏格兰人等	
<input type="checkbox"/> 1 请说明 _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 请说明 _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
	4b) 您孩子/患者的种族或文化背景? 例如: 加拿大人、中国人、东印度人、英国人、菲律宾人、法国人、德国人、爱尔兰人、意大利人、牙买加人、犹太人、波兰人、葡萄牙人、苏格兰人等	
	<input type="checkbox"/> 1 请说明 _____ <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
5) 以下哪一项最能描述您的种族群体? (勾选所有适用选项, 例如, 如果您是多种族或混合种族人种)	5a) 以下哪一项最能描述您的种族群体? (勾选所有适用选项, 例如, 如果您是多种族或混合种族人种)	
<input type="checkbox"/> 1 中东人、阿拉伯人或西亚人 (如阿富汗人、埃及人、伊朗人、黎巴嫩人、波斯人、土耳其人、库尔德人等) <input type="checkbox"/> 2 黑人 (如非洲人、非裔加拿大人、非裔加勒比人、非裔埃及人等) <input type="checkbox"/> 3 东亚人 (如中国人、韩国人、日本人、中国台湾人等) <input type="checkbox"/> 4 拉丁美洲人 (西班牙裔或拉丁美洲后裔) <input type="checkbox"/> 5 南亚人 (如孟加拉人、印度人、印度加勒比人、巴基斯坦人、斯里兰卡人等) <input type="checkbox"/> 6 东南亚人 (如菲律宾人、越南人、柬埔寨人、泰国人、印度尼西亚人等) <input type="checkbox"/> 7 白人 (如欧洲血统) <input type="checkbox"/> 8 另一种族/民族 (请说明) : _____ <input type="checkbox"/> 9 不适用 (例如, 在问题 #3 中认为是土著民) <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 中东人、阿拉伯人或西亚人 (如阿富汗人、埃及人、伊朗人、黎巴嫩人、波斯人、土耳其人、库尔德人等) <input type="checkbox"/> 2 黑人 (如非洲人、非裔加拿大人、非裔加勒比人、非裔埃及人等) <input type="checkbox"/> 3 东亚人 (如中国人、韩国人、日本人、中国台湾人等) <input type="checkbox"/> 4 拉丁美洲人 (西班牙裔或拉丁美洲后裔) <input type="checkbox"/> 5 南亚人 (如孟加拉人、印度人、印度加勒比人、巴基斯坦人、斯里兰卡人等) <input type="checkbox"/> 6 东南亚人 (如菲律宾人、越南人、柬埔寨人、泰国人、印度尼西亚人等) <input type="checkbox"/> 7 白人 (如欧洲血统) <input type="checkbox"/> 8 另一种族/民族 (请说明) : _____ <input type="checkbox"/> 9 不适用 (例如, 在问题 #3 中认为是土著民) <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
	5b) 以下哪一项最能描述您孩子/患者的种族群体? (勾选所有适用选项, 例如如果您多种族或混合种族人种)	

	<input type="checkbox"/> 1 中东人、阿拉伯人或西亚人 (如阿富汗人、埃及人、伊朗人、黎巴嫩人、波斯人、土耳其人、库尔德人等) <input type="checkbox"/> 2 黑人 (如非洲人、非裔加拿大人、非裔加勒比人、非裔埃及人等) <input type="checkbox"/> 3 东亚人 (如中国人、韩国人、日本人、中国台湾人等) <input type="checkbox"/> 4 拉丁美洲人 (西班牙裔或拉丁美洲后裔) <input type="checkbox"/> 5 南亚人 (如孟加拉人、印度人、印度加勒比人、巴基斯坦人、斯里兰卡人等) <input type="checkbox"/> 6 东南亚人 (如菲律宾人、越南人、柬埔寨人、泰国人、印度尼西亚人等) <input type="checkbox"/> 7 白人 (如欧洲血统) <input type="checkbox"/> 8 另一种族/民族 (请说明) : _____ <input type="checkbox"/> 9 不适用 (例如, 在问题 #3 中认为是土著民) <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答
6a) 您是否认为自己是残障人士? (例如: 有心理健康问题、肢体障碍、感觉障碍、慢性病)	6a) 您是否认为自己是残障人士? (例如: 有心理健康问题、肢体障碍、感觉障碍、慢性病)
<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 如果愿意, 请说明 _____ <input type="checkbox"/> 3 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 如果愿意, 请说明 _____ <input type="checkbox"/> 3 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答
6b) 您能否从以下任何相关帮助中获益? (勾选所有适用选项)	6b) 您能否从以下任何相关帮助中获益? (勾选所有适用选项)
<input type="checkbox"/> 1 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 2 慢性疾病 (如镰状细胞病、糖尿病等) <input type="checkbox"/> 3 认知障碍 <input type="checkbox"/> 4 发育障碍 <input type="checkbox"/> 5 药物或酒精依赖 <input type="checkbox"/> 6 学习障碍 <input type="checkbox"/> 7 精神疾病 <input type="checkbox"/> 8 肢体障碍 <input type="checkbox"/> 9 感官障碍 (如低视力、失明、耳聋、重听等) <input type="checkbox"/> 10 其他 (请说明) _____ <input type="checkbox"/> 11 无 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 阿尔茨海默症 <input type="checkbox"/> 2 痴呆 <input type="checkbox"/> 3 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 4 慢性疾病 (如镰状细胞病、糖尿病等) <input type="checkbox"/> 5 认知障碍 <input type="checkbox"/> 6 发育障碍 <input type="checkbox"/> 7 药物或酒精依赖 <input type="checkbox"/> 8 学习障碍 <input type="checkbox"/> 9 精神疾病 <input type="checkbox"/> 10 肢体障碍 <input type="checkbox"/> 11 感官障碍 (如低视力、失明、耳聋、重听等) <input type="checkbox"/> 12 其他 (请说明) _____ <input type="checkbox"/> 13 无 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答

	6c) 您的孩子/患者是否认为自己是残障人士？(例如：有心理健康问题、肢体障碍、感觉障碍、慢性病)				
	<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 如果愿意，请说明_____ <input type="checkbox"/> 3 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答				
	6d) 您的孩子/患者是否从以下任意支持中获益？(勾选所有适用选项)				
	<input type="checkbox"/> 1 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 2 慢性疾病(如镰状细胞病、糖尿病等) <input type="checkbox"/> 3 认知障碍 <input type="checkbox"/> 4 发育障碍 <input type="checkbox"/> 5 药物或酒精依赖 <input type="checkbox"/> 6 学习障碍 <input type="checkbox"/> 7 精神疾病 <input type="checkbox"/> 8 肢体障碍 <input type="checkbox"/> 9 感官障碍(如低视力、失明、耳聋、重听等) <input type="checkbox"/> 10 其他(请说明)_____ <input type="checkbox"/> 11 无 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答				
7) 您出生时的性别是？(选一项)	7) 您孩子/患者出生时的性别是？(选一项)				
<input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性	<input type="checkbox"/> 3 双性 <input type="checkbox"/> 88 不知道	<input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性	<input type="checkbox"/> 3 双性人 <input type="checkbox"/> 88 不知道	<input type="checkbox"/> 99 不想回答
8) 您的性别认同是什么？(勾选所有适用选项)	<p><i>请注意：以下问题(8、9、10)</i></p> <p>8a) 您的性别认同是什么？(勾选所有适用选项)与性别认同和性取向有关。鉴于儿童仍在成长发育，家长和看护人可能尚不知道全部这些问题的答案。请选择“不知道”或“选择不回答”，如果这对您的孩子、其年龄和发育阶段来说最为合适。</p>				
<input type="checkbox"/> 1 性别流动者性别酷儿 <input type="checkbox"/> 2 男孩/男人 <input type="checkbox"/> 3 非二元性别者 <input type="checkbox"/> 4 双灵 <input type="checkbox"/> 5 女孩/女人 <input type="checkbox"/> 6 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 7 其他性别认同(请说明)_____	<input type="checkbox"/> 1 性别流动者性别酷儿 <input type="checkbox"/> 2 男孩/男人 <input type="checkbox"/> 3 非二元性别者 <input type="checkbox"/> 4 双灵 <input type="checkbox"/> 5 女孩/女人 <input type="checkbox"/> 6 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 7 其他性别认同(请说明)_____				

<input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答		<input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
		8b) 您孩子/患者的性别认同是什么？(勾选所有适用选项)	
		<input type="checkbox"/> 1 性别流动者性别酷儿 <input type="checkbox"/> 2 男孩/男人 <input type="checkbox"/> 3 非二元性别者 <input type="checkbox"/> 4 双灵 <input type="checkbox"/> 5 女孩/女人 <input type="checkbox"/> 6 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 7 其他性别认同 (请说明) <hr/> <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
9) 您是否认同自己是跨性别者？跨性别者是一个概括性术语，用于描述性别认同或性别表达与出生时赋予性别不同的人群。		9a) 您是否认同自己是跨性别者？跨性别者是一个概括性术语，用于描述性别认同或性别表达与出生时赋予性别不同的人群。	
<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答		<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
		9b) 您孩子/患者是否认为自己是跨性别者？跨性别者是一个概括性术语，用于描述性别认同或性别表达与出生时赋予性别不同的人群。	
		<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
10) 哪一类最能描述您的性取向？(勾选所有适用选项)		10a) 哪一类最能描述您的性取向？(勾选所有适用选项)	
<input type="checkbox"/> 1 无性恋 <input type="checkbox"/> 2 双性恋 <input type="checkbox"/> 3 半性恋 <input type="checkbox"/> 4 男同性恋 <input type="checkbox"/> 5 女同性恋 <input type="checkbox"/> 6 泛性恋 <input type="checkbox"/> 7 酷儿	<input type="checkbox"/> 8 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 9 同性之爱 <input type="checkbox"/> 10 非同性恋/异性恋 <input type="checkbox"/> 11 双灵 <input type="checkbox"/> 12 其他性取向 (请说明) <hr/> <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	<input type="checkbox"/> 1 无性恋 <input type="checkbox"/> 2 双性恋 <input type="checkbox"/> 3 半性恋 <input type="checkbox"/> 4 男同性恋 <input type="checkbox"/> 5 女同性恋 <input type="checkbox"/> 6 泛性恋 <input type="checkbox"/> 7 酷儿	<input type="checkbox"/> 8 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 9 同性之爱 <input type="checkbox"/> 10 非同性恋/异性恋 <input type="checkbox"/> 11 双灵 <input type="checkbox"/> 12 其他性取向 (请说明) <hr/> <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答
		10b) 哪一类最能描述您孩子/患者的性取向？(勾选所有适用选项)	
		<input type="checkbox"/> 1 无性恋 <input type="checkbox"/> 2 双性恋 <input type="checkbox"/> 3 半性恋	<input type="checkbox"/> 8 有疑问或不确定 <input type="checkbox"/> 9 同性之爱 <input type="checkbox"/> 10 非同性恋/异性恋

			<input type="checkbox"/> 4 男同性恋 <input type="checkbox"/> 5 女同性恋 <input type="checkbox"/> 6 泛性恋 <input type="checkbox"/> 7 酷儿	<input type="checkbox"/> 11 双灵 <input type="checkbox"/> 12 其他性取向 (请说明) <hr/> <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答
11) 您/您家是否在为基本需求付款方面有困难？(基本需求可以包括以下一项或多项：住房、食物、水电费、交通、互联网、电话、衣服。)			11) 您当前是否在为基本需求付款方面有困难？	
<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 <input type="checkbox"/> 3 不适用，我不需要为基本需求付款 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答			<input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 <input type="checkbox"/> 3 不适用，我不需要为基本需求付款 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	
			12) 您家去年税前总收入是多少？	
			<input type="checkbox"/> 1 \$0 - \$19,999 美元 <input type="checkbox"/> 2 \$20,000 - \$39,999 美元 <input type="checkbox"/> 3 \$40,000 - \$59,999 美元 <input type="checkbox"/> 4 \$60,000 - \$79,999 美元	<input type="checkbox"/> 5 \$80,000 - \$119,999 美元 <input type="checkbox"/> 6 \$120,000 - \$149,999 美元 <input type="checkbox"/> 7 \$150,000 美元或以上 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答
			13) 这笔收入要维持多少人的生活？	
			<input type="checkbox"/> 1 _____ 人 <input type="checkbox"/> 88 不知道 <input type="checkbox"/> 99 不想回答	