

卑诗省肺病筛查研究项目申请表

B.C. Lung Screen Trial Referral Form

Fax Number (传真号) : 604-675-8098

姓 Surname: _____	名 First Name(s): _____	性别 Gender: <input type="radio"/> 男 M <input type="radio"/> 女 F
生日 Birth Date: ____/____/____ Day 日 / Month 月 / Year 年	目前身高 Current Height: _____ 英寸 inches (或) _____ 厘米 cm	
年龄 Age: _____ 岁 yrs	目前体重 Current Weight: _____ 磅 lbs (或) _____ 公斤 kg	
邮寄地址 Mailing Address: _____		电子邮箱 Email: _____
电话号码 Daytime Phone: (____) _____ 其他号码 Alternate phone: (____) _____		
请注意: 您提供的信息对我们的研究是非常重要的, 但是您有权利拒绝填写其中的任何信息 Note: The information you provide is very important but, you may refuse to answer any question(s) you find inappropriate		

1) 家庭医生姓名 GP's _____	MSP# _____	电话 Phone: _____
家庭医生地址 GP's Address: _____		传真 Fax: _____

2) 您属于以下哪一族裔? What ethnicity do you consider yourself to be?	
<input type="radio"/> 原住民 (例如: 第一民族, 梅蒂人, 因纽特人) Aboriginal (e.g. First Nations, Métis, Inuit)	<input type="radio"/> 拉丁美洲/西班牙裔 Latin American/Hispanic
<input type="radio"/> 中东地区族裔 (例如: 土耳其, 伊朗, 阿富汗, 埃及, 伊拉克, 约旦, 黎巴嫩) Middle Eastern (e.g. Turkey, Iran, Afghanistan, Egypt, Iraq, Jordan, Lebanon)	<input type="radio"/> 南亚裔 (例如: 印度, 斯里兰卡, 巴基斯坦, 孟加拉) South Asian (e.g. India, Sri Lanka, Pakistan, Bangladesh)
<input type="radio"/> 非洲裔或加勒比海裔 African or Caribbean descent	<input type="radio"/> 东南亚裔 (例如: 马来西亚, 印尼, 越南) Southeast Asian (e.g. Malaysia, Indonesia, Vietnam)
<input type="radio"/> 高加索人/白种人 Caucasian	<input type="radio"/> 东亚裔 (例如: 中国, 日本, 韩国, 台湾) East Asian (e.g. China, Japan, Korea, Taiwan)
<input type="radio"/> 菲律宾裔 Filipino	<input type="radio"/> 除上述族裔之外的其他种族 Other ethnic group not listed above, please specify _____
<input type="radio"/> 犹太人 Jewish	

3)	您从多少岁开始定期吸烟? How old were you when you started smoking cigarettes regularly? _____ 岁 yrs old	
4)	您目前仍然吸烟吗? Are you still smoking now? <input type="radio"/> 是 YES: 如果您现在仍然吸烟, 期间是否曾超过一年时间没有吸烟? If you are still smoking now, were there times longer than a year when you did not smoke? <input type="radio"/> 是 Yes <input type="radio"/> 否 No 如果您回答是, 停止了多少年? If YES for how many years? _____ 年 yrs <input type="radio"/> 否 NO: 如果您已经戒烟, 从您最开始抽烟到最终戒烟, 期间是否曾超过一年时间没有吸烟? Between the time you started smoking and finally quit smoking, were there periods longer than a year when you did not smoke? <input type="radio"/> 是 Yes <input type="radio"/> 否 No 如果您回答是, 停止了多少年? If YES for how many years? _____ 年 yrs	
5)	如果现在已戒烟, 您戒烟时年龄是多少? If you are not currently smoking, how old were you when you stopped? _____ 岁 yrs old	
6)	平均来说, 当您吸烟时, 大概每天吸多少根烟? On average, when you smoke(d), how many cigarette(s) a day do/did you smoke? _____ 根/天 cigs/day	

