

NIS-ELIGIBLE

NON-NIS-ELIGIBLE

Case ID _____

KISH # _____

NIS Screener/Interview date _____

Date released to field _____

Date returned from field _____

Data entry date _____

By _____ **(Employee ID)**

**SLAITS CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
HARD COPY QUESTIONNAIRE**

COMPLETE INTERVIEW: JAPANESE

January 25, 2001

SECTIONS 1-13

Confidential Information

Information contained on this form which would permit identification of any individual or establishment has been collected with a guarantee that it will be held in strict confidence by Abt Associates and CDC, will be used only for purposes stated in this study, and will not be disclosed or released to anyone other than authorized staff of CDC without the consent of the individual or establishment in accordance with Section 308(d) of the Public Health Service Act (42 U.S.C. 242).

**SLAITS SURVEY OF CHILDREN
WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
HARD COPY QUESTIONNAIRE :JAPANESE**

Section	Subject	Page
Section 1 & 2	SLAITS Eligibility/Screening..... Initial SLAITS Screening	3
Section 3	Health and Functional Status.....	27
Section 4	Access to Care: Utilization and Unmet Need.....	31
Section 5	Care Coordination.....	47
Section 6	Satisfaction with Care.....	51
Section 7A	Health Insurance (1 S.C.).....	53
Section 7B	Health Insurance (2 S.C.).....	59
Section 8	Adequacy of Health Care Coverage.....	71
Section 9	Impact on the Family.....	73
Section 11	Income	77
Section 11.1	Telephone Line and Household Information.....	129
Section 12	Medicaid/S-CHIP Knowledge and Experience (1 S.C.)	99
Section 12A	Medicaid/S-CHIP Knowledge and Experience (1 S.C.)	111
Section 13	Utilization and Barriers to Care Questions for Low-Income/Uninsured Children without Special Health Care Needs	87

Section 1. SLAITS ELIGIBILITY/SCREENING

1

NIS-ELIGIBLE INTRO

私は {INTERVIEWER NAME}と申します。 私は Centers for Disease Control and Prevention から電話をしています。以前、お宅にお電話をした時、あなたのお子さんの防注射についての情報をいただきました。今回は 18 才以下のお子さんのヘルスケアについてお尋ねしたいのでお電話いたしました。

2

(SI) あなたはここのご家庭の 17 才以上の方でしょうか。

- (1) YES, I AM THAT PERSON.....[SKIP TO #3]
- (2) THIS IS A BUSINESS.....個人の住宅だけに電話をしています。失礼しました。
- (3) NEW PERSON COMES TO PHONE.....[RE-READ INTRO]
- (4) DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD ご家族の方とお話しさせていただけますか。
[IF “NO” SET CALLBACK]
- (5) NO PERSON AT HOME OVER 17.....ご家族の 17 才以上の方とお話しさせていただけますか。
[IF “NO” SET CALLBACK]

HELP BOX: IF R SAYS ‘GROUP QUARTERS’: BARRACKS, DORMITORIES, HOSPITALS, SCHOOLS ETC. , CASE SHOULD BE CODED AS “DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD”.

3

(ISC.200)

このご家庭のご両親が保護者の方で、18 才以下のお子さんのヘルスケア について知っている方とお話ししたいのですが、その方はいらっしゃいますか。

4

(ISC.205)

(1) 私です。

[SKIP TO #6]

5

(ISC.240)

この調査は 18 才以下のお子さんのヘルスケアに関してですので、{R.P. の名前}とお話したいんですが、その方でしょうか。

(1) はい、私です。 (SAME RESPONDENT) [SKIP TO #6]

(1) はい (NEW PERSON COMES TO THE PHONE). [SKIP BACK TO #1]

(2) 違います。折り返しお電話させていただきます
が、{R.P.の名前}は何時頃ご都合がつくでしょうか。?

6

(S3_LTR) 最近、お宅にこの調査についての書類をお送りしましたが、ご覧になられましたか。

(1) はい

(2) いいえ

HELP BOX: EVEN IF RESPONDENT DID RECEIVE A LETTER, WE ARE REQUIRED TO REPEAT THIS INFORMATION BEFORE BEGINNING THE INTERVIEW.

7

SLAITS INTRO

まずこの調査を始める前に、この調査はあくまでも任意であることをお伝えします。答えたくない質問を飛ばすことや、インタビューを終了することを罰せられることなくしてできます。公共保健衛生制度法に依じて、あなたの回答は厳しく内密として処理することをお約束します。必要でしたら、特定の法的引用を提供いたします。あなた或いはあなたの家族のものであると確認できるような回答は全て、この調査をする政府機関以外の者に漏れることがないことを保証いたします。あなたのお子さんの健康状態によって、調査にかかる時間は 5 分から 25 分と異なりますが、ほとんどの家族の方は約 10 分で終了しています。私の業務を評価するため、私の上司が記録を取ったり会話を聞いたりすることがあるます。あらかじめご了承ください。ご質問がなかったら、これから始めたいと思います。

(1) CONTINUE WITH INTERVIEW

(2) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 1ST /2ND SENTENCE

(3) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 3RD/4TH SENTENCE

(4) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 5TH/6TH SENTENCE

(5) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 7TH/8TH SENTENCE

HELP BOX: 公共保健衛生制度法はアメリカ合衆国法典の第 42 巻第 242k 節に含まれています。この調査の情報収集はこの法律の第 306 節にて許可されています。あなたの回答に対する秘密はこの法律の第 308d 節にて保証されています。

8

S_UNDR18

お宅には 18 才以下のお子さんは何人住んでいらっしゃいますか。

ANSWER IS:

“1” OR GREATER

[SKIP TO #10]

“0”, “DON’T KNOW”, OR “REFUSED”

[SKIP TO: #9]

9

(NOCHILD)

これで質問は終わりました。Centers for Disease Control and Prevention を代表して、この調査にお時間を割いていただき、またご協力していただきありがとうございます。[TERMINATE]



10

以前に [READ NAMES IN GRID]のお名前と生年月日をいただいています。今回は他の 18 才以下の(お子さん)の生年月日を教えてください。



	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
Date of Birth	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)

[CHILD 1, CHILD 2...] の 年はいくつです か。	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)	YEARS MONTH (CIRCLE)
	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)
_____ 才のお 子さんのお名前 或いは名前の頭 文字は何でしょ うか。これから その名前でイン タビューしま す。	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)	DK (96) REF (97)

[RECORD ON HELPSHEET, THEN SKIP TO #14]

HELP BOX:

- 2 CHILDREN SAME AGE? - SKIP TO SECTION M.
- “DON’T KNOW” or “REFUSED”
 - INTERVIEWER CAN PROCEED USING NAME, AGE, OR BIRTHDATE TO REFER TO THE CHILD. IF ALL ARE REFUSED, TERMINATE INTERVIEW.

1

私は {INTERVIEWER NAME}と申します。私は Centers for Disease Control and Prevention から電話をしています。以前にお宅にお電話をして、小さなお子さんの予防注についての短かなインタビューをいたしました。今回は 18 才以下のお子さんのヘルスケアについてお聞きしたいと思います。

2

(SI) あなたはここのご家庭の 17 才以上の方でしょうか。

(1) YES, I AM THAT PERSON.....[SKIP TO #3]

(2) THIS IS A BUSINESS.....個人の住宅だけに電話をしています。失礼しました。

(3) NEW PERSON

COMES TO PHONE.....[RE-READ INTRO]

(4) DOES NOT LIVE
IN HOUSEHOLD ご家族の方とお話しさせていただきますか。
[IF "NO" SET CALLBACK]

(5) NO PERSON AT
HOME OVER
17.....ご家族の 17 才以上の方とお話しさせていただきますか。
[IF "NO" SET CALLBACK]

HELP BOX: IF R SAYS 'GROUP QUARTERS': BARRACKS, DORMITORIES, HOSPITALS, SCHOOLS
ETC. , CASE SHOULD BE CODED AS "DOES NOT LIVE IN HOUSEHOLD".

3 (ISC.200) このご家族のご両親が保護者の方で、18 才以下のお子さんのヘルスケアについて知ってい
らっしゃ

る方とお話ししたいんですが、その方はいらっしゃいますか。

4 (ISC.205)
(1) Myself [SKIP TO #6]
_____ {OTHER NAME} [SKIP TO #5]

5 (ISC.240)
この調査は 18 才以下のお子さんのヘルスケアに関してですので、{R.P. の名前}とお話ししたいん
ですが、その方でしょうか。

(1) はい、私です。.(SAME RESPONDENT) [SKIP TO #6]

(2) はい (NEW PERSON COMES TO THE PHONE). [SKIP BACK TO #1]

(2) 違います。.....折り返しお電話させていただきます
が、{R.P.の名前}は何時頃ご都合がつくでしょうか。?

6 (S3_LTR)

最近、お宅にこの調査についての書類をお送りしましたが、ご覧になられましたか。

- (1) はい
- (2) いいえ

HELP BOX: EVEN IF RESPONDENT DID RECEIVE A LETTER, WE ARE REQUIRED TO REPEAT THIS INFORMATION BEFORE BEGINNING THE INTERVIEW.

7

SLAITS INTRO

まずこの調査を始める前に、この調査はあくまでも任意であることをお伝えします。答えたくない質問を飛ばすことや、インタビューを終了することを罰せられずできます。公共保健衛生制度法に応じて、あなたの回答は厳しく内密として処理することをお約束いたします。必要でしたら、特定の法的引用を提供いたします。あなた或いはあなたの家族のものであると確認できるような回答は全て、この調査をする政府機関以外の者に漏れることがないことを保証します。あなたのお子さんの健康状態によって、調査にかかる時間は5分から25分と異なりますが、ほとんどの家族の方は約10分で終了しています。私の業務を評価するため、私の上司が記録を取ったり会話を聞いたりすることがあります。あらかじめご了承ください。ご質問がなかったら、これから始めたいと思います。

- (1) CONTINUE WITH INTERVIEW
- (2) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 1ST/2ND SENTENCE
- (3) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 3RD/4TH SENTENCE
- (4) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 5TH/6TH SENTENCE
- (5) HUNG UP DURING INTRODUCTION – DURING 7TH/8TH SENTENCE

HELP BOX: 公共保健衛生制度法はアメリカ合衆国法典の第42巻第242k節に含まれています。この調査の情報収集はこの法律の第306節にて許可されています。あなたの回答に対する秘密はこの法律の第308d節にて保証されています。

8

S_UNDR18

ご自宅には18才以下のお子さんは何人住んでいらっしゃいますか。

ANSWER IS:

“1” OR GREATER

[SKIP TO #10]

“0”, “DON’T KNOW”, OR “REFUSED”

[SKIP TO: #9]

9

(NOCHILD)

これで質問は終わりました。Centers for Disease Control and Prevention を代表して、この調査にお時間を割いていただき、またご協力していただきありがとうございます。[TERMINATE]

10

以前に [READ NAMES IN GRID]のお名前と生年月日をいただいています。今回は他の 18 才以下の(お子さん)の生年月日を教えてくださいか。



	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
生年月日	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)	/ / DK (96) REF (97)
[CHILD 1, CHILD 2...]の年はいくつですか。	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)	_____ YEARS MONTH (CIRCLE) DK (96) REF (97)
____ 才のお子さんのお名前 或いは名前の頭文字は何でしょう か。これからその名前でインタビューします。	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)	_____ DK (96) REF (97)

[RECORD ON HELPSHEET, THEN SKIP TO #14]

HELP BOX:

- 2 CHILDREN SAME AGE? - SKIP TO SECTION M.
- “DON’T KNOW” or “REFUSED”
 - INTERVIEWER CAN PROCEED USING NAME, AGE, OR BIRTHDATE TO REFER TO THE CHILD. IF ALL ARE REFUSED, TERMINATE INTERVIEW.



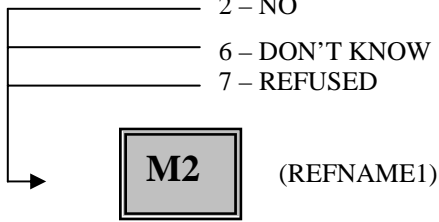
お宅にはお子さんが一人以上いらっしゃるのので、インタビューに必要なために _____ 才のお子さんの名前か名前の頭文字を教えてください。

1 - YES [RECORD IN BOX "A" OF HELP SHEET & SKIP TO #14]

2 - NO

6 - DON'T KNOW

7 - REFUSED



(REFNAME1)



全ての情報は厳密に極秘として取り扱われ、調査目的のためのみに要約されることを保証いたします。お宅には同じ年のお子さんが二人以上いらっしゃるのので、区別をするための方法が必要となります。例えば、特定の特性があるお子さんが他のお子さんより医療サービスをより必要とするかどうか、と言った情報を私達が理解するために大変重要になります。お子さんの名前、ニックネームまたは名前の頭文字を教えてください。

(1) RESPONDENT WILL GIVE NAMES [SKIP BACK TO #12a. RECORD NAMES THERE AND ON HELPSHEET (H1). THEN SKIP TO #17 IF NIS-ELIGIBLE, OR #14 IF NON-NIS-ELIGIBLE].

(2) REFUSAL → SKIP TO M3



(REFNAME2)

これで質問はすべて終了しました。Centers for Disease Control and Preventionに代わりまして、この調査のためにお時間を割いていただきましたこととお礼申し上げます。ご協力ありがとうございました。[TERMINATE]

14

(C2Q03)

(CHILD 1, CHILD 2...) は男の子ですか。それとも女の子ですか。 [REPEAT FOR EACH CHILD]

- (1) 男
- (2) 女
- (6) DK
- (7) REFUSED THIS QUESTION



	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
SEX	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7

15

(CW10Q01)

最初に (CHILD 1) はスペイン人、ラテンアメリカ人、またはメキシコ、メキシコ系アメリカ人、中央アメリカ、南アメリカ、チカノ、プエルトリコ、キューバ又はその他のスペイン系カリブのラテン系の人種ですか。 [MARK ALL THAT APPLY WITH "X"]

INTERVIEWER: REPEAT FOR EACH CHILD BY ASKING :

(CHILD 2, CHILD 3...)のお子さんは？

		Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
NO, NOT SPANISH/HISPANIC	1									
YES, MEXICAN/MEXICAN	2									
YES, MEXICAN-AMERICAN	3									
YES, CENTRAL AMERICAN	4									
YES, SOUTH AMERICAN	5									
YES, CHICANO	6									
YES, PUERTO RICAN	7									
YES, CUBAN/CUBAN AMERICAN	8									
YES, OTHER SPANISH-CARRIBEAN	9									
YES, OTHER SPANISH/HISPANIC (SPECIFY in 15a)	10									
DON'T KNOW	96									
REFUSED THIS QUESTION	97									

[SKIP TO #16]

15a

(CW10Q01_A)

ENTER EACH ADDITIONAL ETHNICITY OR ORIGIN FOR EACH CHILD.

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child7	Child 8	Child 9



16

(CW10Q02)

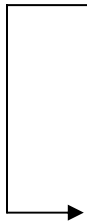
これから人種のカテゴリーを読み上げます。(CHILD 1) を描写する人種を次のカテゴリーから 1 つ又は 1 つ以上選んでください。(CHILD 1) は白人、黒人、アフリカ系アメリカ人、アメリカインディアン、アラスカ原住民、東洋人、ハワイ原住民、またはその他の太平洋島民ですか。
MARK ALL THAT APPLY WITH “X”]

INTERVIEWER: REPEAT FOR EACH CHILD BY ASKING :

(CHILD 2, CHILD 3...)のお子さんは？

		Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
WHITE	1									
BLACK/AFRICAN AMERICAN	2									
AMERICAN INDIAN	3									
ALASKA NATIVE	4									
ASIAN	5									
NATIVE HAWAIIAN	6									
PACIFIC ISLANDER	7									
OTHER (SPECIFY IN 16b)	8									
DON'T KNOW	96									
REFUSED THIS QUESTION	97									

[SKIP TO #16b]



16a

ENTER EACH ADDITIONAL RACE.

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child7	Child 8	Child 9

HELP BOX: BE SURE TO READ THE ENTIRE QUESTION AS WRITTEN (INCLUDING ALL RESPONSE CATEGORIES). RACE INFORMATION IS COLLECTED BY SELF-IDENTIFICATION. IT IS “WHATEVER RACE YOU CONSIDER YOURSELF TO BE.” DO NOT TRY TO EXPLAIN OR DEFINE ANY OF THE GROUPS. MULTIPLE RACES MAY BE SELECTED.

16b

INTERVIEWER: WAS MORE THAN ONE RACIAL CATEGORY SELECTED FOR ANY SINGLE CHILD IN #16/#16a? YES (SKIP TO 16c) NO (SKIP TO #17)



16c

(CW10Q03)

(MULTI-RACE CHILD 1, CHILD 2...,) のお子さんを一番よく描写する人種は何ですか。
(CIRCLE ALL THAT APPLY FOR EACH MULTI-RACE CHILD)

HELP BOX: NOTE THAT THIS QUESTION REQUIRES THE RESPONDENT TO SELECT A SINGLE ANSWER. IF THE RESPONDENT CONTINUES TO STATE MULTIPLE RACES, PROBE BY STATING THAT YOU UNDERSTAND, AND REREAD THE QUESTION. IF THE RESPONDENT STILL CONTINUES TO OFFER MULTIPLE RESPONSES, MARK "REFUSED SPECIFIC QUESTION" BELOW.

		Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
WHITE	1									
BLACK/AFRICAN AMERICAN	2									
AMERICAN INDIAN	3									
ALASKA NATIVE	4									
ASIAN	5									
NATIVE HAWAIIAN	6									
PACIFIC ISLANDER	7									
OTHER	8									
DON'T KNOW	96									
REFUSED THIS QUESTION	97									

[SKIP TO #17]

SPECIAL HEALTH CARE NEEDS SCREENING

17

(SC1_INTRO)

次はあなたの(お子さん)の行動、学習、成長または肉体的発達に影響を及ぼす健康上の問題、心配事または状態についての質問です。これらの健康上の問題の幾つかはあなたの(お子さん)が学校で学習する上での能力または遊ぶ時の活動に影響を与えるかも知れません。これらの問題の幾つかはあなたの(お子さん)が必要とするまたは利用するサービスの種類または量に影響します。

18 (FACCT2)
(あなたのお子さんは/あなたのお子さんのだれでもが)

同じ年のほとんどの子供の標準と比べて医療看護、精神衛生または教育上の特殊サービスをより必要としますか。

- (1) YES (1 CHILD IN HOUSEHOLD) [SKIP TO #18b]
- (1) YES (MORE THAN 1 CHILD IN HH) [SKIP TO #18a]
- (2) NO [SKIP TO #19]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #19]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #19]

HELP BOX: HELP BOX:
 THESE QUESTIONS REFER TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

18a (FACCT2_ROS)
 そのお子さんは(NAMES OF CHILDREN) [MARK CHILDREN WHO HAVE NEED WITH "X"]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
<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"/>

18b (FACCT2_A)

(CHILD 1, CHILD 2..)はあらゆる医療、行動またはその他の健康上の状態が原因して、医療看護、精神衛生または教育上の特殊サービスを必要としますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #19]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #19]
- (7) REFUSED THIS [SKIP TO #19]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

18c (FACCT2_B)

この状態は 12 ヶ月またはそれ以上続いていますか。或いは続くと予測されますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

INTERVIEWER: IF "YES" WAS MARKED FOR ANY OF THE CHILDREN, PUT AN 'S' BESIDE THAT CHILD'S NAME IN COLUMN LABELED "18c" ON BOX "A" OF HELP SHEET. THIS CHILD IS NOW ELIGIBLE FOR THE SPECIAL NEEDS INTERVIEW. [ALL SKIP TO #19b]

19



HELP BOX: 処方箋なしで購入できる薬品、頭痛用の薬品などは含まれません。
THESE QUESTIONS REFER TO CURRENT CONDITIONS. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH

- (1) YES (1 CHILD IN HH) [SKIP TO #19b]
- (1) YES (MORE THAN 1 CHILD IN HH) [SKIP TO #19a]
- (2) NO [SKIP TO #20]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #20]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #20]

19a

(FACCT1_ROS)
(NAMES OF CHILDREN) ですか。 [MARK CHILDREN WHO HAVE NEED WITH "X"]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
<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"/>

19b

(FACCT1_A)
(CHILD 1,CHILD2...)
はあらゆる医療、行動またはその他の健康上の状態が原因して、処方箋を必要としていますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #20]
- (6) DK [SKIP TO #20]
- (7) REFUSED [SKIP TO #20]

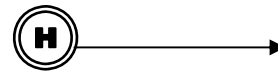
Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

19c

(FACCT1_B)

この状態は 12 ヶ月またはそれ以上続いていますか。或いは続くと予想されますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

20 INTERVIEWER: IF "YES" WAS MARKED FOR ANY OF THE CHILDREN, PUT AN 'S' BESIDE THE CHILD'S NAME IN COLUMN LABELED "19c" ON BOX "A" OF HELP SHEET. THIS CHILD IS NOW ELIGIBLE FOR THE SPECIAL NEEDS INTERVIEW. [ALL SKIP TO #21]



HELP BOX: 制限されているまたは妨げられている: 同じ年のほとんどの子供ができる事をそれ程できないまたは全然できない。THE RESPONDENT SHOULD REPLY "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL

- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #21]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #21]

20a

(FACCT3_ROS)

そのお子さんは (NAMES OF CHILDREN)ですか。 [MARK CHILDREN WHO HAVE NEED WITH "X"]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
<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"/>

20b

(FACCT3_A)

(CHILD 1, CHILD 2...)

の能力の限界はあらゆる医療、行動またはその他の健康上の状態が原因していますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #21]
- (6) DK [SKIP TO #21]
- (7) REFUSED [SKIP TO #21]

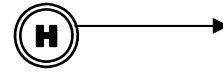
Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

20c

(FACCT3_B)

この状態は 12 ヶ月またはそれ以上続いていますか。或いは続くと予想されますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

INTERVIEWER: IF "YES" WAS MARKED FOR ANY OF THE CHILDREN, PUT AN 'S' BESIDE THE CHILD'S NAME IN COLUMN LABELED "20c" ON BOX "A" OF HELP SHEET. THIS CHILD IS NOW ELIGIBLE FOR THE SPECIAL NEEDS INTERVIEW. [ALL SKIP TO #21]

21



- (1) YES (MORE THAN 1 CHILD IN HH) [SKIP TO #21a]
- (2) NO [SKIP TO #22]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #22]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #22]

HELP BOX: HELP BOX:
THESE QUESTIONS REFER TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

21a

(FACCT4_ROS)

そのお子さんは (NAMES OF CHILDREN) [MARK CHILDREN WHO HAVE NEED WITH "X"]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
<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"/>

21b

(FACCT4_A)

(CHILD 1, CHILD 2..)

はあらゆる医療、行動またはその他の健康上の状態が原因して、特殊の療法が必要ですか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #22]
- (6) DK [SKIP TO #22]
- (7) REFUSED [SKIP TO #22]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9

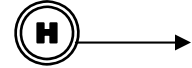
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

21c

(FACCT4_B)

この状態は 12 ヶ月またはそれ以上続いていますか。或いは続くと予想されますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

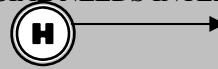


Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

22

VIEWER: IF "YES" WAS MARKED FOR ANY OF THE CHILDREN, PUT AN 'S' BESIDE THAT CHILD'S NAME IN COLUMN LABELED "21c" ON BOX "A" OF HELP SHEET. THIS CHILD IS NOW ELIGIBLE FOR THE SPECIAL NEEDS INTERVIEW. [ALL SKIP TO #22]

グを必要とす



- (2) NO [SKIP TO W]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO W]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO W]

HELP BOX: 療法またはカウンセリング: お子さんの情緒的開発または行動上の問題に対して受ける治療、療法または指導。情緒的問題ではうつ病や精神分裂症、発育上の問題では発育停止、また行動上の問題では攻撃的な行動や集中薄弱障害などが挙げられる。THESE QUESTIONS REFER TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ONLY REPLY WITH "YES" IF THE CHILD CURRENTLY HAS

22a

(FACCT5_ROS)

そのお子さんは (NAMES OF CHILDREN) [MARK CHILDREN WHO HAVE NEED WITH "X"]

Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
<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"/>

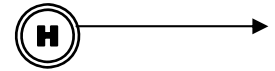
22b

(FACCT5_A)

(CHILD 1, CHILD 2..)

の感情的、発育上または行動上の問題は 12 ヶ月またはそれ以上続いていますか。或いは続くと予想されますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO “w”]
- (6) DK [SKIP TO “w”]
- (7) REFUSED [SKIP TO “w”]



Child1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5	Child 6	Child 7	Child 8	Child 9
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7

W

READ THIS TORESPONDENT しばらくお待ちいただけますでしょうか。(お子さん)に関して次に
 どれを質問すべきかを決めるステップがあります。これは1分以内に終わります。

[INTERVIEWER: COMPLETE “CHILD SAMPLING WORKSHEET” (NEXT PAGE)]

**Insert “Child
Sampling
Worksheet”
(11x17)**



次に一般の質問をしたいと思います。

N25

(C2Q04_A)

（“N” CHILD）とあなたの関係は何ですか。

- (01) MOTHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR FEMALE GUARDIAN
- (02) FATHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR MALE GUARDIAN
- (03) SISTER OR BROTHER (STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)
- (04) IN-LAW OF ANY TYPE
- (05) AUNT/UNCLE
- (06) GRANDPARENT
- (07) OTHER FAMILY MEMBER
- (08) FRIEND
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

N26

(CW10Q04)

あなたが修めた最高の学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR'S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR'S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

N27

(CW10Q04_A)

[INTERVIEWER: IF RESPONDENT IS MOTHER, SKIP TO SECTION 7A PURPLE (C7Q03)]
 (“N” CHILD)の母親が修めた最高の学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR’S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR’S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (07) MOTHER IS DECEASED **[SKIP TO SECTION 7A PURPLE (C7Q03)]**
- (96) DON’T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

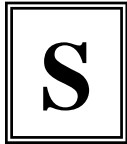
N28

(CW10Q04_A)

(“N” CHILD) のお母様はここのご家庭に同居しておられますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON’T KNOW
- (7) REFUSED

[SKIP TO SECTION 7A PURPLE (C7Q03)]



次に一般の質問をしたいと思います。

S25

(C2Q04_A)

(“N” CHILD)とあなたの関係は何ですか。

- (01) MOTHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR FEMALE GUARDIAN
- (02) FATHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR MALE GUARDIAN
- (03) SISTER OR BROTHER (STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)
- (04) IN-LAW OF ANY TYPE
- (05) AUNT/UNCLE
- (06) GRANDPARENT
- (07) OTHER FAMILY MEMBER
- (08) FRIEND
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

S26

(CW10Q04)

あなたが修めた最高の学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR'S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR'S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

S27

(CW10Q04_A)

[INTERVIEWER: IF RESPONDENT IS MOTHER, SKIP TO SECTION 3, #28]

(“S” CHILD)のお母様が修めた最高学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR’S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR’S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (07) MOTHER IS DECEASED **[SKIP TO SECTION 3, #28]**
- (96) DON’T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

S28

(CW10Q04_A)

(“S” CHILD)のお母様はのご家庭に同居しておられますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (8) DON’T KNOW
- (9) REFUSED

[ALL SKIP TO SECTION 3, #28]

B

次に一般の質問をしたいと思います。

B25

(C2Q04_1)

(THE “S” CHILD)とあなたの関係は何ですか。

- (01) MOTHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR FEMALE GUARDIAN
- (02) FATHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR MALE GUARDIAN
- (03) SISTER OR BROTHER (STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)
- (04) IN-LAW OF ANY TYPE
- (05) AUNT/UNCLE
- (06) GRANDPARENT
- (07) OTHER FAMILY MEMBER
- (08) FRIEND
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

B26

(C2Q04_2)

(THE “N” CHILD)とあなたの関係は何ですか。

- (01) MOTHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR FEMALE GUARDIAN
- (02) FATHER (STEP, FOSTER, ADOPTIVE) OR MALE GUARDIAN
- (03) SISTER OR BROTHER (STEP/FOSTER/HALF/ADOPTIVE)
- (04) IN-LAW OF ANY TYPE
- (05) AUNT/UNCLE
- (06) GRANDPARENT
- (07) OTHER FAMILY MEMBER
- (08) FRIEND
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

B27

(CW10Q04)

あなたが修めた最高の学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED

- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR'S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR'S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

B28

(CW10Q04_A)

[INTERVIEWER: IF RESPONDENT IS MOTHER, SKIP TO #B30]

(“S” CHILD)のお母様が修めた最高学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR'S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR'S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (07) MOTHER IS DECEASED **[SKIP TO #B30]**
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

B29

(CW10Q04_A)

(“S” CHILD)のお母様はここのご家庭に同居されていますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

B30

(CW10Q04_A)

[INTERVIEWER: IF RESPONDENT IS MOTHER, SKIP TO SECTION 3, #28]

(“N” CHILD)のお母様が修めた最高学歴は何ですか。

- (01) 8TH GRADE OR LESS
- (02) SOME HIGH SCHOOL, BUT DID NOT GRADUATE
- (03) HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- (04) SOME POST HIGH SCHOOL, BUT NOT A BACHELOR'S DEGREE (B.A.)
- (05) COLLEGE GRADUATE –BACHELOR'S DEGREE OR B.A.
- (06) SOME GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL (WITH AND WITHOUT A DEGREE.
- (07) MOTHER IS DECEASED **[SKIP TO SECTION 3, #28]**
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

B31

(CW10Q04_A)

(“N” CHILD)のお母様はのご家庭に同居されていますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

[ALL SKIP TO SECTION 3, #28]

Section 3. HEALTH AND FUNCTIONAL STATUS

28

(C3QINTRO)

次の質問は (“S” CHILD)

が持っているあらゆる身体、精神、学習または発育上の状態或いは問題についてです。

29

(C3Q02)

過去 12 ヶ月にどの位 (“S” CHILD)の医学、行動、感情またはその他の健康上の状態が、他の同年の子供と比較した場合、(彼/彼女)の能力に影響を及ぼしたと思いますか。次から 1 つ挙げてください。

(1) 一度もない

[SKIP TO #31 (C3Q10)]

(2) 時々

(3) たびたび

(4) いつも

(6) DON'T KNOW

[SKIP TO #31 (C3Q10)]

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #31 (C3Q10)]

HELP BOX: IF THE CONDITION IS EPISODIC, RESPONDENTS SHOULD REFER TO THE PAST ENTIRE 12 MONTHS OF EPISODES, NOT JUST ONE SPECIFIC EPISODE. FOR EXAMPLE, IT MIGHT BE THAT WHEN A CHILD HAS AN ASTHMA ATTACK, IT AFFECTS THE CHILD'S ABILITY TO DO THINGS "A GREAT DEAL", BUT THE CHILD MAY "RARELY" HAVE ASTHMA ATTACKS.

30

(C3Q03)

(“S” CHILD)の医学、行動またはその他の健康上の状態が(彼/彼女)が行なう事的能力にどの位影響を及ぼしていると思いますか。次から挙げてください。

(1) 大変

(2) ある程度

(3) ほんの少し

(6) DON'T KNOW

(7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: IF THE CONDITION IS EPISODIC, RESPONDENTS SHOULD REFER TO THE PAST ENTIRE 12 MONTHS OF EPISODES, NOT JUST ONE SPECIFIC EPISODE. FOR EXAMPLE, IT MIGHT BE THAT WHEN A CHILD HAS AN ASTHMA ATTACK, IT AFFECTS THE CHILD'S ABILITY TO DO THINGS "A GREAT DEAL", BUT THE CHILD MAY "RARELY" HAVE ASTHMA ATTACKS.

→ **31**

(C3Q10)

全般的に ("S" CHILD)の状態または問題の深刻さはどの程度でしょうか。0が一番程度が軽く10が最も深刻とした場合、次から1つ選んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(96) DON'T KNOW

(97) REFUSED THIS QUESTION

32

HELP BOX: IF THE CHILD HAS MORE THAN ONE CONDITION, THE PARENT SHOULD RATE THE MOST SEVERE CONDITION RATHER THAN TRYING TO AVERAGE SEVERITY ACROSS CONDITIONS.

ヘルスケアのニーズ
とも ("S" CHILD)

のヘルスケアのニーズは普通安定していますか。

- (1) お子さんのヘルスケアに対するニーズがいつも変化する。
- (2) お子さんのヘルスケアに対するニーズが時々変化する。
- (3) お子さんのヘルスケアに対するニーズはたいてい安定している。
- (4) NONE OF THE ABOVE
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

34

(C3Q12)

[IF CHILD IS 2 OR OLDER , SKIP TO #35 (C3Q13)]

("S" CHILD)は Early Intervention Services (早期介入サービス) というプログラムのサービスを受けていますか。このようなサービスを受けているお子さんはたいてい Individualized Education Plan(子供の個性にあわせた教育プラン)を受けています。

- (1) YES [SKIP TO #37 (C4Q01)]
- (2) NO [SKIP TO #37 (C4Q01)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #37 (C4Q01)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #37 (C4Q01)]

HELP BOX: 早期介入サービスには次が含まれる: 家族トレーニング、カウンセリング、家庭訪問、健康サービス、医療、看護、栄養学、作業療法、物理療法、心理的サービス、サービス調整サービス、社会福祉事業サービス、特別教育、言語障害矯正、交通機関、通信または

35

(C3Q13)

(“S” CHILD)は Special Educational Services(特別教育サービス)と言うプログラムのサービスを受けていますか。このサービスを受けているお子さんはたいてい Individualized Education Plan (子供の個性にあわせた教育プラン)を受けています。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: 特別教育とはあらゆる種類の特別な学校、クラス、家庭教師を指す

36

(C3Q14)

[IF AGE IS 0-4 YEARS, SKIP TO #37 C4Q0A]

過去 12 ヶ月 (1 YEAR AGO TODAY)に(“S” CHILD)は病気または負傷が理由で学校を何日休みましたか。 [NOTE: A SCHOOL YEAR IS 240 DAYS]

_____ [ENTER ALL THREE DIGITS]

- (000) NONE
- (994) DID NOT GO TO SCHOOL
- (995) HOME SCHOOLED
- (996) DON'T KNOW
- (997) REFUSED THIS QUESTION

[ALL SKIP TO #37]

Section 4. ACCESS TO CARE: UTILIZATION AND UNMET NEEDS

37

(C4Q0A)

(“S” CHILD) が病気の時、またはそのお子さんの健康状態について相談する必要が出た時、いつも診てもらえる場所がありますか。

- (1) YES [SKIP TO #38]
- (2) THERE IS NO PLACE [SKIP TO #41 C4Q02]
- (3) THERE IS MORE THAN ONE PLACE [SKIP TO #39]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #41 C4Q02]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #41 C4Q02]

38

(C4Q0B)

そこはどういう場所ですか。医者、救急病院、病院、外来患者病院、クリニックまたはその他の所などの中から選んでください。

- (01) 医者 [SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (02) 救急病院 [SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (03) 外来患者病院 [SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (04) クリニックまたはヘルスセンター [SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (05) 学校の保健室、
トレーナー室など [SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (06) その他の所 _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
[SKIP TO #40 (C4Q01)]
- (07) たいてい 1ヶ所とは限らない [SKIP TO #41 (C4Q02)]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #41 (C4Q02)]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #41 (C4Q02)]

→ **39**

(C4Q0B)

(“S” CHILD) はたいていどこに行きますか。医者、救急病院、外来患者病院、クリニック、その他の所などを次から選んでください。

- (01) 医者
- (02) 緊急病院
- (03) 外来患者病院
- (04) クリニックまたはヘルスセンター
- (05) 学校の保健室、トレーナー室など

- (06) その他の所
 (07) たいてい1ヶ所とは限らない [SKIP TO #41 (C4Q02)]
 (96) DON'T KNOW [SKIP TO #41 (C4Q02)]
 (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #41 (C4Q02)]

40 (C4Q01)

[PLACE SELECTED IN #39 (C4Q0B)] は (“S” CHILD) が健康診断などの定期的な予防医学のために行く場所ですか。

- (1) YES [SKIP TO #42 C4Q02A]
 (2) No [SKIP TO #41 C4Q02]
 (6) DON'T KNOW [SKIP TO #42 C4Q02A]
 (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #42 C4Q02A]

HELP BOX: 臨床予防医学には健康診断、予防注射、集団検診、子供を健康に保つための討論など

41 (C4Q02)

(“S” CHILD) が健康診断などの定期的な予防医学を必要とする時にたいていどこに行きますか。

- (01) 予防医学をどこでも受けない
 (02) 医者
 (03) 緊急病院
 (04) 外来患者病院
 (05) クリニックまたはヘルスセンター
 (06) 学校の保健室、トレーナー室など
 (07) その他の所 _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
 (08) たいてい1ヶ所とは限らない
 (96) DON'T KNOW
 (97) REFUSED

H

42 (C4Q02A)

個人の医者または看護婦が (“S” CHILD) を一番よく知っています。 (“S” CHILD) のための個人的な医者または看護婦とみなされる人がいますか。

- (1) YES [RECORD ON HELPSHEET AND SKIP TO #43]

- (2) NO [RECORD ON HELPSHEET AND SKIP TO #44 C4Q03]
(6) DON'T KNOW [RECORD ON HELPSHEET AND SKIP TO #44 C4Q03]
(7) REFUSED THIS QUESTION [RECORD ON HELPSHEET AND SKIP TO #44 C4Q03]

43

(C4Q02B)

その人は一般医、小児科医、専門医、看護婦または医者の手ですか。

- (01) GENERAL DOCTOR (SUCH AS A DOCTOR IN GENERAL PRACTICE, FAMILY MEDICINE, OR INTERNAL)
(02) PEDIATRICIAN
(03) OTHER SPECIALIST (SUCH AS SURGEONS, HEART DOCTORS, OBSTETRICIANS OR GYNECOLOGISTS).
(04) NURSE PRACTITIONER
(05) PHYSICIAN'S ASSISTANT
(06) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
(96) DON'T KNOW
(97) REFUSED THIS QUESTION

44

(C4Q03)

私たちはよくヘルスケアが必要なのに先延ばしにしたり、受けなかつたりすることがあります。ここでのヘルスケアとは医学的な治療だけでなく、歯の治療、精神衛生管理、物理療法、作業療法、言語矯正、特別教育サービスを言います。過去に("S" CHILD)がヘルスケアを受けるのを先延ばしにしたり、ヘルスケアを受けなかつたりしたことがありますか。

- (1) YES
(2) NO [SKIP TO #46 C4Q05]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #46 C4Q05]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #46 C4Q05]

45

(C4Q04)

必要とするヘルスケアを受けるのを先延ばしにしたり、受けなかつたりする理由は多数ありますが、その理由を次から選んでください。

45a

(C4Q04_A)

...診療室の電話につながらなかった。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45b

(C4Q04_B)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)

(“S” CHILD) のための予約を早く取れなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45c

(C4Q04_C)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)

行きたいと思った時にクリニックまたは診療所が開いていなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45d

(C4Q04_D)

(“S” CHILD) が診断を受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)

交通機関に問題があったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45e

(C4Q04_E)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)ヘルスケア提供者に払うお金がなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45f

(C4Q04_F)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は (“S” CHILD) が必要とするサービスがあなたの地域になかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45g

(C4Q04_G)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は (“S” CHILD) が必要とする技術をヘルスケア提供者が持っていなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45h

(C4Q04_H)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)ヘルスケアに対して健康保険がおりなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45i

(C4Q04_I)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)健康保険あるいは医者から許可がもらえなかったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45j

(C4Q04_J)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)そこに着いてから(“S” CHILD) がヘルスケア提供者に診てもらうまで待ち時間が長すぎるからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45k

(C4Q04_K)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)ヘルスケア提供者と言語上、コミュニケーション上、文化的問題があったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

45l

(C4Q04_L)

(“S” CHILD) がヘルスケアを受けるのが遅れたか、または受けなかった理由は)予約と自宅または仕事先での義務がかち合ったからですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

46	46b	46c
<p>C4Q05_X01</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 健康診断などの定期的な予防医学を必要としたことがありましたか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #47a] (6) DK [SKIP TO #47a] (7) REF[SKIP TO #47a]</p>	<p>c4q0501A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした予防医学を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #47a] (2) NO → (6) DK [SKIP TO #47a] (7) REF [SKIP TO #47a]</p>	<p>c4q0501B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とした予防医学を受けなかったのですか。</p> <p>[CIRCLE ALL THAT APPLY]</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>

47a	47b	47c
<p>C4Q05_X02</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 専門医に診てもらった必要がありましたか。</p> <p>(1) YES →</p> <p>(2) NO [SKIP TO #48a]</p> <p>(6) DK [SKIP TO #48a]</p> <p>(7) REF [SKIP TO #48a]</p>	<p>C4Q0502A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした専門医の診断を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #48a] →</p> <p>(2) No</p> <p>(6) DK [SKIP TO #48a]</p> <p>(7) REF [SKIP TO #48a]</p>	<p>C4Q0502B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とした専門医の診断を受けなかったのですか。</p> <p>[CIRCLE ALL THAT APPLY]</p> <p>(01) COST TOO MUCH</p> <p>(02) HEALTH PLAN PROBLEM</p> <p>(03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS</p> <p>(04) NOT CONVENIENT TIMES</p> <p>(05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE</p> <p>(07) OTHER _____</p> <p>(96) DK</p> <p>(97) REF</p>
<p>HELP BOX: 専門医はお子さんの健康のために一部分に焦点を合わせる。専門医には心臓病専門医、耳鼻咽喉専門医、外科医などがある。例えば、呼吸器科、消化器科、小児科、泌尿器科、皮膚科など。</p>		

<p style="text-align: center;">48a</p> <p>C4Q05_X03</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 検査を含めて 歯医者に行く必要があったこと がありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #49a] (6) DK [SKIP TO #49a] (7) REF [SKIP TO #49a]</p>	<p style="text-align: center;">48b</p> <p>C4Q0503A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした歯の 診断を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #49a] (2) No → (6) DK [SKIP TO #49a] (7) REF [SKIP TO #49a]</p>	<p style="text-align: center;">48c</p> <p>C4Q0503B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とし た歯の診断を受けなかったの ですか。 [CIRCLE ALL THAT APPLY]</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>
<p style="text-align: center;">49a</p> <p>C4Q05_X04</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 処方箋を必要 としたことがありましたか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #50a] (6) DK [SKIP TO #50a] (7) REF [SKIP TO #50a]</p>	<p style="text-align: center;">49b</p> <p>C4Q0504A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした全て の処方箋を受け取りましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #50a] (2) NO → (6) DK [SKIP TO #50a] (7) REF [SKIP TO #50a]</p>	<p style="text-align: center;">49c</p> <p>C4Q0504B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とし た処方箋を受け取らなかった のですか。 THAT APPLY]</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>

50a	50b	50c
<p>C4Q05_X05</p> <p>(過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) が)物理療法、作 業療法または言語矯正を必要と したことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #51a] (6) DK [SKIP TO #51a] (7) REF [SKIP TO #51a]</p>	<p>C4Q0505A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした全ての の物理療法、作業療法または言 語障害矯正を受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #51a]▶ (2) No (6) DK [SKIP TO #51a] (7) REF [SKIP TO #51a]</p>	<p>C4Q0505B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とし た物理療法、作業療法または 言語障害矯正を受けなかった のですか。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>


51a	51b	51c
<p>C4Q05_X06</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 精神衛生管理またはカウンセリングを必要としたことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #52a] (6) DK [SKIP TO #52a] (7) REF [SKIP TO #52a]</p>	<p>C4Q0506A</p> <p>(“S” CHILD)は必要とした全ての精神衛生管理またはカウンセリングを受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #52a] → (2) NO (6) DK [SKIP TO #52a] (7) REF [SKIP TO #52a]</p>	<p>C4Q0506B</p> <p>(“S” CHILD)は何故必要とした精神衛生管理またはカウンセリングを受けなかったのですか。 (CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>

52a	52b	52c
<p>C4Q05_X07</p> <p>INTERVIEWER: IF AGE IS 0-7 YEARS OLD SKIP TO #53a (C4Q05X08)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD)が) 麻薬乱用治療またはカウンセリングを必要としたことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #53a] (6) DK [SKIP TO #53a] (7) REF [SKIP TO #53a]</p>	<p>C4Q0507A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした全ての麻薬乱用治療またはカウンセリングを受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #53a] → (2) No (6) DK [SKIP TO #53a]</p>	<p>C4Q0507B</p> <p>(“S” CHILD) は何故必要とした麻薬乱用治療またはカウンセリングを受けなかったのですか。 (CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(01) COST TOO MUCH (02) HEALTH PLAN PROBLEM (03) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (04) NOT CONVENIENT TIMES (05) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (06) OTHER _____ (96) DK (97) REF</p>
<p>HELP SCREEN: SOME RESPONDENTS WITH CHILDREN OLDER THAN 8 YEARS OF AGE MAY FIND THIS QUESTION INAPPROPRIATE. IF THIS OCCURS, TELL THE RESPONDENT: この質問はもっと年長のお子さんに適しているかも知れませんが、私は質問を丁寧に通いに詰んで質問オスように頑張らせています</p>		
53a	53b	=====
<p>C4Q05_X08</p> <p>(過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) が)在宅介護を必要としたことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #54a] (6) DK [SKIP TO #54a] (7) REF [SKIP TO #54a]</p>	<p>C4Q0508A</p> <p>(“S” CHILD) は全ての必要な在宅介護を受けましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	

<p style="text-align: center;">54a</p> <p>C4Q05_X09</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が)メガネまたは視力の検査を必要としたことが ありますか。 →</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #55a] (6) DK [SKIP TO #55a] (7) REF [SKIP TO #55a]</p>	<p style="text-align: center;">54b</p> <p>C4Q0509A</p> <p>(“S” CHILD) は必要としたメガネを受け取るか、または視力の検査を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	<p>=====</p>
<p style="text-align: center;">55a</p> <p>C4Q05_X10</p> <p>(過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) が)補聴治療または聴力検査を必要としたことがありま すか。 →</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #56a] (6) DK [SKIP TO #56a] (7) REF [SKIP TO #56a]</p>	<p style="text-align: center;">55b</p> <p>C4Q0510A</p> <p>(“S” CHILD) は必要な補聴治療、または聴力検査を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	<p>=====</p>

<p style="text-align: center;">56a</p> <p>C4Q05_X11</p> <p>INTERVIEWER: IF AGE IS 0-2, SKIP TO #58a.</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 松葉杖、車いすまたはスクーターなどの移動補助器具または移動装置を必要としたことがありますか。</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #57a] (6) DK [SKIP TO #57a] (7) REF [SKIP TO #57a]</p>	<p style="text-align: center;">56b</p> <p>C4Q0511A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした移動補助器具または移動装置を全て受け取りましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON’T KNOW (7) REFUSED</p>	<p>=====</p>
<p style="text-align: center;">57a</p> <p>C4Q05_X12</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が) 通信板のような通信補助器具または装置を必要としたことがありますか。</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #58a] (6) DK [SKIP TO #58a] (7) REF [SKIP TO #58a]</p>	<p style="text-align: center;">57b</p> <p>C4Q0512A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした通信補助器具または装置を全て受け取りましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON’T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	<p>=====</p>

<p style="text-align: center;">58a</p> <p>C4Q05_X13</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が)医療必需品を必要としたことがありますか。 →</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #59a] (6) DK [SKIP TO #59a] (7) REF [SKIP TO #59a]</p> <div style="border: 3px double black; padding: 5px;"> <p><u>HELP BOX:</u>医療必需品の代表的なものには薬品、包帯、スポンジなどがある。これら</p> </div>	<p style="text-align: center;">58b</p> <p>C4Q0513A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした医療必需品を全て受け取りましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON’T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	<p>=====</p>
<p style="text-align: center;">59a</p> <p>C4Q05_X14</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“S” CHILD) が)その他の医療器具を必要としたことがありますか。 →</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #60] (6) DK [SKIP TO #60]</p> <div style="border: 3px double black; padding: 5px;"> <p><u>HELP BOX:</u> 医療器具の代表的なものには車いす、ベッド、酸素タンク、血圧計などのハードウェアがある。これ</p> </div>	<p style="text-align: center;">59b</p> <p>C4Q0513A</p> <p>(“S” CHILD) は必要とした医療器具を全て受け取りましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DON’T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>	<p>=====</p>

	60	60b	
C4Q06_X0A (過去 12 ヶ月の間にいつでもあなた またはあなたの家族が) お子 さんが利用する違ったヘルスケア提 供者やサービスの調整を必要とし たことがありますか。 (1) YES (2) NO [SKIP TO #61a] (6) DK [SKIP TO #61a] (7) REF [SKIP TO #61a]	C4Q06X0AA あなた或いはあなたの家族は 必要とした全ての調整をコー ディネーターにしてもらいま したか。 (1) YES (2) NO		
<p>HELP SCREEN: “コーディネーターはお子さんが必要とする全てのサービスをお子さんが受けて いるか、またこれらのサービスがあなたのニーズにかなっているかを確認する。コーディネータ ーはケースマネージャーまたはケアコーディネーターと言う肩書きを持っている。</p> <p>INTERVIEWER: DID YOU READ THIS HELP BOX TO RESPONDENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>			

<p style="text-align: center;">61a</p> <p>C4Q06_X01</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にあなた或いはあなたの家族が) 他の用事をすませるために誰かが(“S” CHILD) を看護すること休息ケアを必要としたことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #62a] (6) DK [SKIP TO #62a] (7) REF [SKIP TO #62a]</p>	<p style="text-align: center;">61b</p> <p>C4Q06X01A</p> <p>あなた或いはあなたの家族は必要な全ての休息ケアを受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #62a] → (2) NO (6) DK [SKIP TO #62a] (7) REF [SKIP TO #62a]</p>	<p style="text-align: center;">61c</p> <p>C4Q06X01B</p> <p>あなた或いはあなたの家族が必要な休息ケアを受けなかった理由は何ですか。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) OTHER _____ (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>
<p style="text-align: center;">62a</p> <p>C4Q06_X02</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでもあなた或いはあなたの家族が) (“S”CHILD)の医学、行動またはその他の健康上の状態と関係する<u>遺伝で受け継いだ状態について遺伝学上のカウンセリングを必要とした</u>ことがありますか。</p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #63a] (6) DK [SKIP TO #63a] (7) REF [SKIP TO #63a]</p>	<p style="text-align: center;">62b</p> <p>C4Q06X02A</p> <p>あなた或いはあなたの家族は必要とした全ての遺伝学上のカウンセリングを受けましたか。 →</p> <p>(1) YES [SKIP TO #63a] (2) NO (6) DK [SKIP TO #63a] (7) REF [SKIP TO #63a]</p>	<p style="text-align: center;">62c</p> <p>C4Q06X02B</p> <p>あなた或いはあなたの家族は何故必要とした遺伝学上のカウンセリングを受けなかったのですか。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (1) HEALTH PLAN PROBLEM (2) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) OTHER _____ (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>

63a	63b	63c
<p>C4Q06_X03</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでもあなた或いはあなたの家族が) (“S”CHILD)の医学、行動またはその他の健康上の状態と関係する<u>精神衛生管理またはカウンセリングを必要としたことがありますか。</u></p> <p>(1) YES (2) NO [SKIP TO #64] (6) DK [SKIP TO #64] (7) REF [SKIP TO #64]</p>	<p>C4Q06X03A</p> <p>あなた或いはあなたの家族は必要とした全ての精神衛生管理またはカウンセリングを受けましたか。</p> <p>(1) YES [SKIP TO #64] (2) NO (6) DK [SKIP TO #64] (7) REF [SKIP TO #64]</p>	<p>C4Q06X03B</p> <p>あなた或いはあなたの家族は何故必要とした精神衛生管理またはカウンセリングを受けなかったのですか。 (CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) OTHER _____ (6) DON'T KNOW (7) REFUSED THIS QUESTION</p>

64

(C4Q07)

過去 12 ヶ月にあなたのお子さんが必要とした専門医の照会をしてもらう上で、問題があったことがありましたか。その問題は、大変深刻だった、少しだけ問題があった、または全然問題がなかった、の中から選んでください。

- (1) A BIG PROBLEM
- (2) A SMALL PROBLEM
- (3) NOT A PROBLEM
- (4) CHILD DID NOT NEED TO SEE A SPECIALIST IN THE PAST 12 MONTHS
- (5) DON'T NEED REFERRALS
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: 専門医はお子さんの健康上の問題の一部に焦点を合わせる。専門医には心臓病専門医、耳鼻咽喉専門医、外科医などがある。例えば、肺の専門医は喘息に問題のある患者を診

64a

INTERVIEWER: IF ANSWER TO **#60a** (C4Q06_X0A) IS: "NO", "DON'T KNOW", OR "REFUSED", SKIP TO **#70** (C5Q06), OTHERWISE SKIP TO **#65**.

Section 5. CARE COORDINATION

65

(C5Q02)

以前にあなた或いはあなたの家族が
("S" CHILD)の看護上コーディネーターの調整が必要だとおっしゃいました。("S"CHILD)
の看護上どの位違った提供者やサービスの調整が必要ですか。次から選んでください。

- (1) 全然必要ない [SKIP TO #70]
- (2) 時々
- (3) しばしば
- (4) いつも
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #70]
- (7) REFUSED [SKIP TO #70]

HELP BOX: "コーディネーターはお子さんが必要とする全てのサービスをお子さんが受けている
か、またこれらのサービスがあなたのニーズにかなっているかを確認する。コーディネーターはケ
ースマネージャーまたはケアコーディネーターという肩書きを持っている。

INTERVIEWER: DID YOU READ THIS HELP BOX TO RESPONDENT

YES NO

66

(C5Q03)

INTERVIEWER: IF #42 (C4Q02A) is "NO" or "DON'T KNOW", SKIP TO #67 C5Q03A]

その人は ("S"CHILD)の主にヘルスケアを提供する診療室にいますか。

- (1) YES [SKIP TO #68]
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #68]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #68]

67

(C5Q03A)

この人は次の中のどこで働いていますか。

- (1) HEALTH INSURANCE PLAN
- (2) MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAM
- (3) OTHER STATE AGENCY
- (4) SPECIALTY OR OTHER DOCTOR
- (5) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

68

(C5Q04)

(“S”CHILD) の看護上の調整のために受けたサービスに対して全般的に、大変満足している、大体満足している、あまり満足していない、大変不満足だ、の中から選んでください。

- (1) 大変満足している
- (2) 大体満足している
- (3) あまり満足していない
- (4) 大変不満足である
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

HELP BOX: コーディネーターケアは
予約をしたり、医療提供者が必要な
情報を仕立てているかを確認オス

69

(C5Q05)

(“S” CHILD)の医者やその他のヘルスケア提供者は(“S” CHILD) の治療についてお互いに良くコミュニケーションが取れていると思いますか。医師とヘルスケア提供者の間のコミュニケーションの取り方を評価してください。

- (01) 大変良い
- (02) 比較的良い
- (03) 良い
- (04) 普通
- (05) 良くない
- (06) コミュニケーションは必要ない
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

70

(C5Q06)

(“S” CHILD)

の医者やその他のヘルスケア提供者はお子さんの学校、早期予防サービス、児童保護提供者、職業復帰プログラムなどと情報の共用を良くしていると思いますか。次から選んでください。

- (01) 大変良い
- (02) 比較的良い
- (03) 良い
- (04) 普通
- (05) 良くない
- (06) コミュニケーションは必要ない

HELP BOX: 職業復帰プログラム はお子さんの健康を復帰させるための特別なプログラムである。

早期予防サービス とは家族のトレーニング、カウンセリング、家庭訪問、保健サービス、薬品、看護、栄養学、作業療法、物理療法、精神衛生サービス、サービス調整、社会福祉サービス、特殊指導、言語矯正、輸送機関、通信または移動装置、視聴覚サービスを意味する。



71

(C5Q07)

_____ [Insert Title Five program in this state] などと呼ばれる _____ [Insert state name] 州にあるプログラムについて聞いたことがありますか。

- (1) YES
(2) No [SKIP TO #73]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #73]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #73]

HELP BOX: タイトル V プログラム はお子さんが受け取ることができる州標準のヘルスケア適用範囲である。タイトル V プログラム は州によって呼び方が違う。

72

(C5Q08)

(“S” CHILD) はタイトル V プログラムを通して、ヘルスケアサービス、ヘルスケア調整サービス、薬品、装置、必需品などを受け取っていますか。

- (1) YES
(2) NO
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION

Section 6. SATISFACTION WITH CARE

73

(C6Q01)

過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) は医者またはその他のヘルスケア提供者に何回行きましたか。但し、病院に入院した時は数えません。

_____ NUMBER OF VISITS
(000) NO VISITS IN PAST 12 MONTHS
(996) DON'T KNOW
(997) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #75]

[SKIP TO #75]

74

(C6Q01_A)

_____ 回通ったのですね。

- (1) YES [SKIP TO #75]
- (2) NO [SKIP BACK TO #73]

INTERVIEWER: IF YOU CONFIRMED “0” VISITS, SKIP TO #80 (C7Q03)

75

(C6Q02)

過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) の医者やヘルスケア提供者はお子さんの診断に十分に時間を費やしてくれたことがありましたか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 時々
- (3) たびたび
- (4) いつも
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

76

(C6Q03)

過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) の医者またはその他のヘルスケア提供者が慎重に聞いてくれたことがありますか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 普通は聞いてくれる
- (3) 時々
- (4) 常に

(6) DON'T KNOW

(7) REFUSED

77

(C6Q04)

(“S”CHILD) が医者またはその他のヘルスケア提供者に診てもらった時に、あなたの家族の価値観や習慣に敏感だったことがありますか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 普通はわかってくれる
- (3) 時々
- (4) 常に
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

78

(C6Q05)

お子さんの健康またはヘルスケアについての情報には、あらゆる健康上の問題に対する原因、現在どのような世話が必要か、将来どのような変化が予想されるかなどが含まれます。過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) の医者やヘルスケア提供者からあなたが必要とした特定の情報を得ることができましたか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 普通は得ることができる
- (3) 時々
- (4) 常に
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

79

(C6Q06)

過去 12 ヶ月の間に (“S”CHILD) の医者またはその他のヘルスケア提供者がお子さんのヘルスケアについてパートナーとして当たってくれたことがありますか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 普通は親身になってくれる
- (3) 時々
- (4) 常に
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

79a

INTERVIEWER: LOOK ON BOTTOM OF HELP SHEET. IS THERE AN "S" CHILD ONLY OR IS THERE BOTH AN "S" CHILD AND AN "N" CHILD?

- "S" CHILD ONLY [CONTINUE 7A (PURPLE)] "S" AND "N" CHILD [SKIP TO SECTION 7B (YELLOW)]

Section 7A. HEALTH INSURANCE

H

80

(C7Q03)

次に(CHILD)のための健康保険とヘルスケア適用範囲についての質問をしたいと思います。現在、(CHILD)の健康保険は雇用者または組合から入手されたものですか。

そともご自分で直接に保険会社から入手したものですか。

- (1) YES [SKIP TO #81 (C7Q03A)]
(2) NO [SKIP TO #82 (C7Q01)]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #82 (C7Q01)]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #82 (C7Q01)]

HELP BOX: THESE TYPES OF HEALTH INSURANCE MAY REFER TO ANY TYPE OF HEALTH INSURANCE, INCLUDING HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO'S) OTHER THAN PUBLIC PROGRAMS. THESE PLANS MAY BE PROVIDED IN PART OR FULLY BY A PERSON'S EMPLOYER OR UNION, OR PURCHASED DIRECTLY BY THE INDIVIDUAL. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

H

81

(C7Q03A)

お持ちの健康保険は医者や病院の医療費を支払いましたか。

- (1) YES
(2) NO
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION



H

82

(C7Q01)

現在、(CHILD)は Medicaid と言う、特定の所得水準の人や身体障害者に与えられる健康保険のプログラムを受け取っていますか。[INSERT IF APPLICABLE: あなたが住んでいる州ではこのプログラ

ムを _____]と呼ぶこともあります。 [STATE MEDICAID NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: MEDICAID IS A FEDERAL-STATE MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM. IT SERVES LOW-INCOME PEOPLE OF EVERY AGE. MEDICAL BILLS ARE PAID FROM FEDERAL, STATE AND LOCAL TAX FUNDS. PATIENTS USUALLY PAY NO PART OF COSTS FOR COVERED MEDICAL EXPENSES. IT IS RUN BY STATE AND LOCAL GOVERNMENTS WITHIN FEDERAL GUIDELINES. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

83

(C7Q02)

現在、(CHILD) は州児童健康保険プログラムまたは S-CHIP によってカバーされていますか。あなたの州ではこのプログラムを _____ と呼ぶこともあります。 [INSERT S-CHIP NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (SCHIP), CREATED UNDER TITLE XXI OF THE SOCIAL SECURITY ACT, EXPANDS HEALTH COVERAGE TO UNINSURED CHILDREN WHOSE FAMILIES EARN TOO MUCH FOR MEDICAID BUT TOO LITTLE TO AFFORD PRIVATE COVERAGE. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

84

(C7Q04)

現在、(CHILD) は TRICARE、CHAMPUS または CHAMP-VA などの陸軍の健康保険によってカバーされていますか。

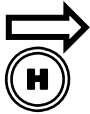
- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX:

“TRICARE” IS A MANAGED HEALTH CARE PROGRAM FOR ACTIVE DUTY AND RETIRED MEMBERS OF THE UNIFORMED SERVICES, THEIR FAMILIES, AND SURVIVORS. ALL ACTIVE DUTY PERSONEL ARE ENROLLED IN TRICARE PRIME AND PAY NO FEES. ACTIVE DUTY FAMILY MEMBERS PAY NO ENROLLMENT FEES, BUT THEY MUST CHOOSE A TRICARE OPTION: 1) TRICARE PRIME, WHERE MILITARY TREATMENT FACILITIES ARE THE PRINCIPLE SOURCE OF HEALTH CARE, 2) TRICARE STANDARD, WHICH IS A FEE-FOR-SERVICE PLAN THAT REPLACED THE OLD CHAMPUS PROGRAM, OR 3) TRICARE EXTRA, WHICH HAS A PREFERRED PROVIDER OPTION AND COSTS LESS THAN TRICARE STANDARD.

“CHAMPUS” IS A PROGRAM OF MEDICAL CARE FOR DEPENDENTS OF ACTIVE OR RETIRED MILITARY PERSONNEL.

“CHAMP-VA” IS MEDICAL INSURANCE FOR DEPENDENTS OR SURVIVORS OF DISABLED



85

(C7Q06)

現在、(CHILD)は Title Five プログラムに加入していますか。 _____ (STATE NAME) 州では このプログラムを _____ と呼ぶこともあります。 [STATE TITLE V NAME]

- (1) YES
- (2) No
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



86

(C7Q07)

現在、(CHILD)

は病院、医者、その他のヘルスケア提供者のサービスに対して支払われる他の健康保険またはヘルスケアプランによってカバーされていますか。

- (1) YES
- (2) No [SKIP TO #89]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #89]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #89]

87

(C7Q08)

それはどんなヘルスケアプランですか。

RECORD VERBATIM RESPONSE _____



88

(C7Q08A)

この健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

→ **89** (INSURANCE WORKSHEET)

INTERVIEWER: INSERT ANSWERS FROM HELP SHEET AND FOLLOW DIRECTIONS BELOW

Box 1:

#80 _____
 #81 _____
 #82 _____
 #83 _____
 #84 _____
 #85 _____
 #86 _____

Box 2:

#88 _____



90 (C7Q09)

IF ALL OF THE ANSWERS IN ANY OF THE BOXES WERE SOME COMBINATION OF “NO”, “DON’T KNOW”, “REFUSED” OR BLANK, CIRCLE “UNINSURED” UNDER THIS CHILD’S NAME IN BOX C OF HELPSHEET AND SKIP TO **#90** (C7Q09). OTHERWISE CIRCLE “INSURED” AND SKIP TO **#94** (C7Q11).



- (6) DON'T KNOW [SKIP TO **#90b** (C9Q01)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO **#90b** (C9Q01)]

90b

INTERVIEWER: IS THIS CHILD AN “S” CHILD?

YES [SKIP TO **#108**]

NO [SKIP TO SECTION 11 –

91

(C7Q10)

(CHILD) はどんな健康保険を持っていますか。他の健康保険がありますか。

INTERVIEWER: CIRCLE ALL THAT APPLY, BUT CIRCLE “SINGLE SERVICE PLAN” ONLY IF VOLUNTEERED AS TYPE OF HEALTH INSURANCE.

- (01) MEDICAID [SKIP TO **#94** (C7Q11)]
- (02) MEDICARE [SKIP TO **#94** (C7Q11)]
- (03) TITLE V [SKIP TO **#94** (C7Q11)]
- (04) SCHIP [SKIP TO **#94** (C7Q11)]
- (05) MEDIGAP [SKIP TO **#94** (C7Q11)]

- (06) MILITARY [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (07) INDIAN HEALTH SERVICE [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (08) PRIVATE INSURANCE [SKIP TO #92 c7Q10_X0A]
- (09) SINGLE SERVICE PLAN [SKIP TO #96 c7Q10_X0A]
(DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)
- (10) OTHER _____ [RECORD VERBATIM REPONSE]
[SKIP TO #93 c7Q10_X0A]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #94 (C7Q11)]

92

(C7Q10A)

この個人の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
(2) NO
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION

[ALL SKIP TO #94 (C7Q11)]

93

(C7Q10B)

他の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
(2) NO
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION

[ALL SKIP TO #94 (C7Q11)]

94

(C7Q11)

過去 12 ヶ月の間に (CHILD) が健康保険によってカバーされなかったことがありますか。

- (1) YES
(2) NO [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]

95

(C7Q12)

過去 12 ヶ月の間に (CHILD) が健康保険でカバーされていなかったことが何ヶ月位ありますか。

____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH ("01")

- (96) DON'T KNOW
(97) REFUSED

[ALL SKIP TO #98a (C8Q01_A)]

96

(C7Q13)

(CHILD) が健康保険でカバーされなくなってからどのくらい経ちますか。

- (1) 6 MONTHS OR LESS
- (2) MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO
- (3) MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 3 YEARS AGO [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
- (4) MORE THAN 3 YEARS [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
- (5) NEVER [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]

97

(C7Q14)

過去 12 ヶ月の間に (CHILD) が健康保険なしでいた時が何ヶ月位ありましたか。

_____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH ("01")

- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #98a (C8Q01_A)]

98

(C7Q15)

(CHILD) が保険でカバーされていた時に ("S" CHILD) はどんな保険を持っていましたか。

[PROBE: その他にはありますか。]

- (01) MEDICAID
- (02) MEDICARE
- (03) TITLE V
- (04) SCHIP (STATE NAME)
- (05) MEDIGAP
- (06) MILITARY
- (07) INDIAN HEALTH SERVICE
- (08) PRIVATE INSURANCE
- (09) SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)
- (10) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED

98a

(NO DATA)

INTERVIEWER: IS THIS IS AN "S" CHILD?

YES

NO [SKIP TO SECTION 11 – CREAM]



**IF YOU CIRCLED “UNINSURED” SKIP TO SECTION 9 (GRAY),
OTHERWISE SKIP TO SECTION 8 (BLUE)**

Section 7B. HEALTH INSURANCE INTERVIEW FOR HOUSEHOLDS WITH ONE “S” CHILD AND ONE “N” CHILD

H

80

(C7Q03)

次に(“S” CHILD)のための健康保険とヘルスケア適用範囲についての質問をしたいと思います。
現在、(“S” CHILD)の健康保険は雇用者または組合から入手されたものですか。そともご自分で直接に保険会社から入手したものですか。

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) YES | [SKIP TO #81 (C7Q03A)] |
| (2) NO | [SKIP TO #82 (C7Q01)] |
| (6) DON'T KNOW | [SKIP TO #82 (C7Q01)] |
| (7) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #82 (C7Q01)] |

HELP BOX: THESE TYPES OF HEALTH INSURANCE MAY REFER TO ANY TYPE OF HEALTH INSURANCE, INCLUDING HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO'S) OTHER THAN PUBLIC PROGRAMS. THESE PLANS MAY BE PROVIDED IN PART OR FULLY BY A PERSON'S EMPLOYER OR UNION, OR PURCHASED DIRECTLY BY THE INDIVIDUAL. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

H

81

(C7Q03A)

お持ちの健康保険は医者や病院の医療費を支払いましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



H

82

(C7Q01)

現在、“S” CHILD) は Medicaid という、特定の所得水準の人や身体障害者に与えられる健康保険のプログラムを受け取っていますか。 [INSERT IF APPLICABLE: あなたが住んでいる州ではこのプログラムを _____] と呼ぶこともあります。 [STATE MEDICAID NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



H

83

HELP BOX: MEDICAID IS A FEDERAL-STATE MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM. IT SERVES LOW-INCOME PEOPLE OF EVERY AGE. MEDICAL BILLS ARE PAID FROM FEDERAL, STATE AND LOCAL TAX FUNDS. PATIENTS USUALLY PAY NO PART OF COSTS FOR COVERED MEDICAL EXPENSES. IT IS RUN BY STATE AND LOCAL GOVERNMENTS WITHIN FEDERAL GUIDELINES. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

ていますか。

あなたの州ではこのプログラムを _____ と呼ぶこともあります。 [INSERT SCHIP NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (SCHIP), CREATED UNDER TITLE XXI OF THE SOCIAL SECURITY ACT, EXPANDS HEALTH COVERAGE TO UNINSURED CHILDREN WHOSE FAMILIES EARN TOO MUCH FOR MEDICAID BUT TOO LITTLE TO AFFORD PRIVATE COVERAGE. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

H

84

(C7Q04)

現在、“S” CHILD) は TRICARE、CHAMPUS または CHAMP-VA などの陸軍の健康保険によってカバーされていますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX:

“TRICARE” IS A MANAGED HEALTH CARE PROGRAM FOR ACTIVE DUTY AND RETIRED MEMBERS OF THE UNIFORMED SERVICES, THEIR FAMILIES, AND SURVIVORS. ALL ACTIVE DUTY PERSONEL ARE ENROLLED IN TRICARE PRIME AND PAY NO FEES. ACTIVE DUTY FAMILY MEMBERS PAY NO ENROLLMENT FEES, BUT THEY MUST CHOOSE A TRICARE OPTION: 1) TRICARE PRIME, WHERE MILITARY TREATMENT FACILITIES ARE THE PRINCIPLE SOURCE OF HEALTH CARE, 2) TRICARE STANDARD, WHICH IS A FEE-FOR-SERVICE PLAN THAT REPLACED THE OLD CHAMPUS PROGRAM, OR 3) TRICARE EXTRA, WHICH HAS A PREFERRED PROVIDER OPTION AND COSTS LESS THAN TRICARE STANDARD.

“CHAMPUS” IS A PROGRAM OF MEDICAL CARE FOR DEPENDENTS OF ACTIVE OR RETIRED MILITARY PERSONNEL.

“CHAMP-VA” IS MEDICAL INSURANCE FOR DEPENDENTS OR SURVIVORS OF VETERANS.

H

85

DEPENDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

あります。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

H

86

(C7Q07)

現在、“S” CHILD) は病院、医者、その他のヘルスケア提供者のサービスに対して支払われる他の健康保険またはヘルスケアプランによってカバーされていますか。

- (1) YES
- (2) NO

[SKIP TO #89 (C7Q09)]

(6) DON'T KNOW

[SKIP TO #89 (C7Q09)]

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #89 (C7Q09)]

87

(C7Q08)

それはどんなヘルスケアプランですか。

RECORD VERBATIM RESPONSE _____

88

(C7Q08A)

この健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

89

(INSURANCE WORKSHEET)

INTERVIEWER: INSERT ANSWERS FROM HELP SHEET AND FOLLOW DIRECTIONS BELOW

Box 1:

#80 _____
 #81 _____
 #82 _____
 #83 _____
 #84 _____
 #85 _____
 #86 _____

Box 2:

#88 _____

H

90

(C7Q09)

IF ALL OF THE ANSWERS IN ANY OF THE BOXES WERE SOME COMBINATION OF "NO", "DON'T KNOW", "REFUSED" OR BLANK, CIRCLE "UNINSURED" UNDER THIS CHILD'S NAME IN BOX C OF HELPSHEET AND SKIP TO #90 (C7Q09). OTHERWISE CIRCLE "INSURED" AND SKIP TO #94 (C7Q11).

持っているよ

H

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #108 (C9Q01)]

91

(C7Q10)

(“S” CHILD) はどんな健康保険を持っていますか。他の健康保険がありますか。

INTERVIEWER: CIRCLE ALL THAT APPLY, BUT CIRCLE “SINGLE SERVICE PLAN” ONLY IF VOLUNTEERED AS TYPE OF HEALTH INSURANCE.

- (01) MEDICAID [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (02) MEDICARE [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (03) TITLE V [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (04) SCHIP [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (05) MEDIGAP [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (06) MILITARY [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (07) INDIAN HEALTH SERVICE [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (08) PRIVATE INSURANCE [SKIP TO #92 c7Q10_X0A]
- (09) SINGLE SERVICE PLAN [SKIP TO #92 c7Q10_X0A]
- (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)
- (10) OTHER [RECORD VERBATIM RESPONSE] [SKIP TO #93 c7Q10_X0A]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #94 (C7Q11)]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #94 (C7Q11)]

92

(C7Q10A)

この個人の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #94 (C7Q11)]

93

(C7Q10B)

他の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

[ALL SKIP TO #94 (C7Q11)]

94

(C7Q11)

過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) が健康保険によってカバーされなかったことがありますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]

95

(C7Q12)

過去 12 ヶ月の間に (“S” CHILD) が健康保険でカバーされていなかったこと
が何ヶ月位ありますか。

_____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP
TO ONE MONTH (“01”)

- (96) DON’T KNOW
- (97) REFUSED

[ALL SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]

96

(C7Q13)

(“S” CHILD) が健康保険でカバーされなくなってからどのくらい経ちますか。

- (1) 6 MONTHS OR LESS
- (2) MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO
- (3) MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 3 YEARS AGO [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (4) MORE THAN 3 YEARS [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (5) NEVER [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (6) DON’T KNOW [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #N80 (C8Q01_A)]

97

(C7Q14)

過去 12 ヶ月の間に (“S CHILD) が健康保険なしでいた時が何ヶ月位ありましたか。

_____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP
TO ONE MONTH (“01”)

- (96) DON’T KNOW [SKIP TO #N80]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #N80]

98

(C7Q15)

(“S” CHILD) が保険でカバーされていた時に (“S” CHILD) はどんな保険を持っていたか。

[PROBE: その他にはありますか。]

- (01) MEDICAID
- (02) MEDICARE
- (03) TITLE V

- (04) SCHIP
- (05) MEDIGAP
- (06) MILITARY
- (07) INDIAN HEALTH SERVICE
- (08) PRIVATE INSURANCE
- (09) SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)
- (10) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED



N80

(C7Q03_2)

次に(“N” CHILD)のための健康保険とヘルスケア適用範囲についての質問をしたいと思います。
現在、 (“N” CHILD) の健康保険は雇用者または組合から入手されたものですか。そともご自分で直接に保険会社から入手したものですか。

(1) YES

[SKIP TO #N81 (C7Q03A)]

- (2) No [SKIP TO #N82 (C7Q01)]
 (6) DON'T KNOW [SKIP TO #N82 (C7Q01)]
 (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #N82 (C7Q01)]

HELP BOX: THESE TYPES OF HEALTH INSURANCE MAY REFER TO ANY TYPE OF HEALTH INSURANCE, INCLUDING HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO'S) OTHER THAN PUBLIC PROGRAMS. THESE PLANS MAY BE PROVIDED IN PART OR FULLY BY A PERSON'S EMPLOYER OR UNION, OR PURCHASED DIRECTLY BY THE INDIVIDUAL. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.



N81

(C7Q03A_2)

お持ちの健康保険は医者や病院の医療費を支払いましたか。

- (1) YES
 (2) NO
 (6) DON'T KNOW
 (7) REFUSED THIS QUESTION



N82

(C7Q01_2)



現在、(“N” CHILD) は Medicaid という、特定の所得水準の人や身体障害者に与えられる健康保険のプログラムを受け取っていますか。[INSERT IF APPLICABLE: あなたが住んでいる州ではこのプログラムを _____] と呼ぶこともあります。[STATE MEDICAID NAME]

- (1) YES
 (2) NO
 (6) DON'T KNOW
 (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: MEDICAID IS A FEDERAL-STATE MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM. IT SERVES LOW-INCOME PEOPLE OF EVERY AGE. MEDICAL BILLS ARE PAID FROM FEDERAL, STATE AND LOCAL TAX FUNDS. PATIENTS USUALLY PAY NO PART OF COSTS FOR COVERED MEDICAL EXPENSES. IT IS RUN BY STATE AND LOCAL GOVERNMENTS WITHIN FEDERAL GUIDELINES. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.



N83

(C7Q02_2)

現在、(“N” CHILD) は州児童健康保険プログラムまたは S-CHIP によってカバーされていますか。

あなたの州ではこのプログラムを _____ と呼ぶこともあります。 [INSERT S-CHIP NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (SCHIP), CREATED UNDER TITLE XXI OF THE SOCIAL SECURITY ACT, EXPANDS HEALTH COVERAGE TO UNINSURED CHILDREN WHOSE FAMILIES EARN TOO MUCH FOR MEDICAID BUT TOO LITTLE TO AFFORD PRIVATE COVERAGE. IF RESPONDENT ASKS WHY THERE ARE MULTIPLE INSURANCE QUESTIONS, EXPLAIN THAT YOU UNDERSTAND THEIR CONCERN, BUT THESE QUESTIONS WERE WRITTEN TO INCLUDE ANY ADDITIONAL HEALTH COVERAGE RESPONDENTS MIGHT HAVE.

H

N84

(C7Q04_2)

現在、(“N” CHILD) は TRICARE、CHAMPUS または CHAMP-VA などの陸軍の健康保険によってカバーされていますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

H

N85

(C7Q06_2)

現在、(“N” CHILD) は Title Five プログラムに加入していますか。 _____
(STATE NAME)州では このプログラムを _____ と呼ぶこともあります。
[STATE TITLE V NAME]

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

H

N86

(C7Q07_2)

現在、“N” CHILD)は病院、医者、その他のヘルスケア提供者のサービスに対して支払われる他の健康保険またはヘルスケアプランによってカバーされていますか。

(1) YES

(2) No

[SKIP TO #N89 (C7Q09)]

(6) DON'T KNOW

[SKIP TO #N89 (C7Q09)]

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #N89 (C7Q09)]

N87 (C7Q08_2)

それはどんなヘルスケアプランですか。

RECORD VERBATIM RESPONSE _____

N88 (C7Q08A_2)

この健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

(1) YES

(2) No

(6) DON'T KNOW

(7) REFUSED THIS QUESTION

→ **N89** (INSURANCE WORKSHEET)

INTERVIEWER: INSERT ANSWERS FROM HELP SHEET AND FOLLOW DIRECTIONS BELOW

Box 1:

#N80 _____
#N81 _____
#N82 _____
#N83 _____
#N84 _____
#N85 _____
#N86 _____

Box 2:

#N88 _____

IF ALL OF THE ANSWERS IN ANY OF THE BOXES WERE SOME COMBINATION OF “NO”, “DON’T KNOW”, “REFUSED” OR BLANK, CIRCLE “UNINSURED” UNDER THIS CHILD’S NAME IN BOX C OF HELPSHEET AND SKIP TO **#90** (C7Q09). OTHERWISE CIRCLE “INSURED” AND SKIP TO **#94** (C7Q11).



**N90**

(C7Q09)

(“N” CHILD) は病院、医者、その他のヘルスケア提供者の費用を支払う健康保険を持っていない
 ようですが、そうでしょうか。

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| (1) YES | [SKIP TO #N96 (C7Q13)] |
| (2) NO | [SKIP TO #N91 (C7Q10_2)] |
| (6) DON'T KNOW | [SKIP TO #108 (C9Q01)] |
| (7) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #108 (C9Q01)] |

N91

(C7Q10_2)

(“N” CHILD) はどんな健康保険を持っていますか。他の健康保険がありますか。

INTERVIEWER: CIRCLE ALL THAT APPLY, BUT CIRCLE “SINGLE SERVICE PLAN” ONLY IF VOLUNTEERED AS TYPE OF HEALTH INSURANCE.

- | | |
|---|--|
| (01) MEDICAID | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (02) MEDICARE | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (03) TITLE V | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (04) SCHIP | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (05) MEDIGAP | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (06) MILITARY | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (07) INDIAN HEALTH SERVICE | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (08) PRIVATE INSURANCE | [SKIP TO #N92 c7Q10_X0A] |
| (09) SINGLE SERVICE PLAN
(DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.) | [SKIP TO #N92 c7Q10_X0A] |
| (10) OTHER _____ | [RECORD VERBATIM RESPONSE]
[SKIP TO #N93 c7Q10_X0A] |
| (96) DON'T KNOW | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |
| (97) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |

N92

(C7Q10A_2)

この個人の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) YES | |
| (2) NO | |
| (6) DON'T KNOW | |
| (7) REFUSED THIS QUESTION | |
| | [SKIP TO #N94 (C7Q11)] |

N93

(C7Q10B_2)

他の健康保険は診療と病院費用の両方を支払いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

[ALLSKIP TO #N94 (C7Q11)]

N94

(C7Q11_2)

過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が健康保険によってカバーされなかったことがありますか。

- (1) YES
- (2) No [SKIP TO #108 (C9Q01_A)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #108 (C9Q01_A)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #108 (C9Q01_A)]

N95

(C7Q12_2)

過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が健康保険でカバーされていなかったことが何ヶ月位ありますか。

_____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH (“01”)

- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED
- [SKIP TO #108 (C9Q01_A)]

N96

(C7Q13_2)

(“N” CHILD) が健康保険でカバーされなくなつてからどのくらい経ちますか。

- (1) 6 MONTHS OR LESS
- (2) MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO
- (3) MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 3 YEARS AGO [SKIP TO #99 (C8Q01_A)]
- (4) MORE THAN 3 YEARS [SKIP TO #99 (C8Q01_A)]
- (5) NEVER [SKIP TO #99 (C8Q01_A)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #99 (C8Q01_A)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #99 (C8Q01_A)]

N97

(C7Q14_2)

過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が健康保険なしでいた時が何ヶ月位ありましたか。

_____ MONTHS

INTERVIEWER: IF LESS THAN ONE MONTH, ROUND UP TO ONE MONTH (“01”)

(96) DON'T KNOW

[SKIP TO #99]

(97) REFUSED THIS QUESTION **[SKIP TO #99]**

N98

(C7Q15_2)

(“N”CHILD) が保険でカバーされていた時に (S.C.) はどんな保険を持っていましたか。

[PROBE: その他にはありますか。]

(01) MEDICAID

(02) MEDICARE

(03) TITLE V

(04) SCHIP

(05) MEDIGAP

(06) MILITARY

(07) INDIAN HEALTH SERVICE

(08) PRIVATE INSURANCE

(09) SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION, PRESCRIPTIONS, ETC.)

(10) OTHER _____ **[RECORD VERBATIM RESPONSE]**

(96) DON'T KNOW

(97) REFUSED

99

INTERVIEWER: LOOK AT HELPSHEET IF “UNINSURED” IS CIRCLED FOR “S” CHILD SKIP TO SECTION 9 (GRAY), OTHERWISE SKIP TO SECTION 8 (BLUE).

Section 8. ADEQUACY OF HEALTH CARE COVERAGE

100

(C8Q01_A)

次の質問は (“S” CHILD)の健康保険またはヘルスケアプランについてです。 (“S” CHILD)の保険では (彼/彼女)のニーズを満たす保険が下りたり、サービスがきちんとカバーされましたか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 時々
- (3) たびたび
- (4) いつも
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

101

(C8Q01_B)

(“S” CHILD) の健康保険がカバーしない費用は適切ですか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 時々
- (3) たびたび
- (4) いつも
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

102

(C8Q01_C)

(“S” CHILD)’s の健康保険は(彼/彼女)が必要とするヘルスケア提供者の診断を許可しますか。次から選んでください。

- (1) 全くない
- (2) 時々
- (3) たびたび

- (4) いつも
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

103

(C8Q02)

過去 12 ヶ月の間に (“S”CHILD)の保険会社に対する苦情または問題のために電話をしたり、手紙を出したりしたことがありますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

104

(C8Q03)

(“S”CHILD)の現在の健康保険に対する評価をして戴きたいと思います。0 が最悪、10 が最高のヘルスプランとした場合、 (“S”CHILD)の現在のヘルスケアプランをどのように評価されますか。

- _____
- (96) DON'T KNOW
 - (97) REFUSED THIS QUESTION

105

(C8Q04)

もし機会があったら、 (“S” CHILD)のヘルスケアプランを他のプランと換えたいと思いますか。次から選んでください。

- (1) 絶対に換えたいと思う
- (2) 多分換えたい
- (3) 多分換えたくない
- (4) 絶対に換えたくない
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

106

(C8Q05)

(“S” CHILD)のヘルスプランの内容に関する情報を十分に持っていますか。

- (1) YES

- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

107

(C8Q06)

(“S”CHILD)のヘルスプランは特別のニーズがある子供のために申し分ないプランだと思いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

Section 9. IMPACT ON THE FAMILY

108

(C9Q01)

次の質問は過去 12 ヶ月の間に(“S”CHILD)のために支払った費用についてです。保険料、保険または他の出所から返済される費用は算入されません。しかし、薬品、特殊食品、特殊な衣服、耐久装置、家の改造、あらゆる療法などのあらゆる種類のヘルスケアに関連する実費は算入されます。過去 12 ヶ月の間に支払った (“S” CHILD)のヘルスケアの経費はどの位だったでしょうか。

\$500 以上、\$250-\$500、\$250 以下、0 の中から選んでください。

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) MORE THAN \$500 | |
| (2) \$250-\$500 | [SKIP TO #110 (C9Q02)] |
| (3) LESS THAN \$250 | [SKIP TO #110 (C9Q02)] |
| (4) NOTHING, \$0 | [SKIP TO #110 (C9Q02)] |
| (6) DON'T KNOW | [SKIP TO #110 (C9Q02)] |
| (7) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #110 (C9Q02)] |

109

(C9Q01_A)

過去 12 ヶ月の間に(“S” CHILD)のために家族が支払った医療費はどの位だったでしょうか。

\$500-\$1000、\$1000-\$5000、\$5000 以上の中から選んでください。

- (1) MORE THAN \$5000
- (2) \$1001-\$5000
- (3) \$501-\$1000
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

110

C9Q02 (9.2)

多くの家族は包帯を替えたり、食べ物を与えたり、呼吸装置の管理をしたり、薬や療法を与えたり、ヘルスケア提供者の予約に連れて行ってあげたりして、ヘルスケアを自宅で与えることがあります。あなた或いはあなたの家族は(“S” CHILD)のためにヘルスケアを与えていますか。

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) YES | |
| (2) No | [SKIP TO #113 (C9Q04)] |
| (6) DON'T KNOW | [SKIP TO #113 (C9Q04)] |
| (7) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #113 (C9Q04)] |

111

(C9Q03)

前述のようなヘルスケアを与えるために、あなた或いはあなたの家族は一週間に何時間費やしていますか。

_____ HOURS PER WEEK

(000) LESS THAN ONE HOUR
(168) AROUND THE CLOCK
(996) DON'T KNOW
(997) REFUSED THIS QUESTION

112

(C9Q03_A)

(ANSWER FROM #111) という回答を戴きました。それで正しいですか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP BACK TO #111]

113

(C9Q04)

(“S” CHILD)のヘルスケアを調整またはコーディネートするために、あなた或いはあなたの家族は一週間に何時間費やしていますか。これには予約を取ったり、ヘルスケア提供者が情報を共有しているか確認したり、(“S” CHILD)のヘルスケアのニーズを満足させたりすることが含まれます。

_____ HOURS PER WEEK

(000) LESS THAN ONE HOUR
(996) DON'T KNOW
(997) REFUSED THIS QUESTION

114

(C9Q04_A)

(ANSWER FROM #113) という回答を戴きました。それで正しいですか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP BACK to #113]

115

(C9Q05)

(“S” CHILD)の健康状態があなたの家族に経済的困難をもたらしたことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

116

(C9Q06)

(“S”CHILD)の世話をするために、あなた或いはあなたの家族が勤務時間を減らさなければならなかったことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

117

(C9Q07)

(“S” CHILD)の医療費を支払うために、他の収入を必要としたことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

118

(C9Q10)

(“S”CHILD)の健康状態のために、あなた或いはあなたの家族が仕事を止めなければならなかったことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

Section 11. INCOME

**119**

(NO DATA)

INTERVIEWER: LOOK ON FACE SHEET. IS "HOUSEHOLD INCOME" REPORTED?
YES [SKIP TO #123 (C11Q11)] NO [SKIP TO #120]

**120**

C11Q01_A

次にあなたのご家族について質問させて戴きたいと思います。お子さん全員と、旅行や入院などでご不在でも不断は同居している人も含めて、お宅には全部で何人住んでいらっしゃいますか。

_____ people
(96) DK
(97) REFUSED THIS QUESTION

**121**

(C11Q01)

2000年における家族全員の総収入はどの位だったでしょうか。それには仕事先からの収入、社会保障、退職金、失業手当、政府補助金などが含まれます。また、利息、配当金、事業の純収入、農場の貸し賃、受け取ったあらゆるその他の収入も含まれます。税引き前の金額を教えてください。

RECORD INCOME \$ _____
(99999996) DK [SKIP TO SECTION I -NEXT PAGE]
(99999997) REFUSED [SKIP TO SECTION I -NEXT PAGE]

HELP BOX: RESPONDENT COULD GIVE A RANGE AS AN ANSWER TO THIS QUESTION. BE PREPARED TO PROBE FOR A MORE ACCURATE ANSWER

**122**

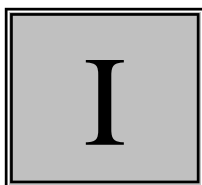
(C11CONF)

確認のために、あなたの収入は [INSERT AMOUNT FROM #121]

となっています。それで正しいでしょうか。

- (1) YES [SKIP TO #123 (C11Q12)]
- (2) NO [SKIP BACK TO #121 (C11Q01)]

H



INCOME RANGES

1

(W9Q02)

2000年のあなたの家族の総収入の範囲を少なくとも教えてください。これは調査のために重要になります。税引き前の総収入は\$20,000以上でしたか。それとも\$20,000以下でしたか。

- (1) MORE THAN \$20,000 SKIP TO **#7** (W9Q06)
- (2) \$20,000..... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (3) LESS THAN \$20,000..... SKIP TO **#2** (W9Q03)
- (6) DON'T KNOW..... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (7) REFUSED ... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>

2

(W9Q03)

あなたの家族の総収入は \$10,000 以上でしたか。それとも\$10,000 以下でしたか。

- (1) MORE THAN \$10,000 SKIP TO **#4** (W9Q05)
- (2) \$10,000..... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (3) LESS THAN \$10,000..... SKIP TO **#3** (W9Q04)
- (6) DON'T KNOW..... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (7) REFUSED ... SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>

3

(W9Q04)

\$7,500 以上でしたか。

- (1) YES SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (2) NO. SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (6) DON'T KNOW..... SKIP TO **#123** (C11Q12)
- (7) REFUSED.... SKIP TO **#123** (C11Q12)

4 (W9Q05)
\$15,000 以上でしたか。

- (1) YES SKIP TO **#5** (W9Q05A)
- (2) NO SKIP TO **#6** (W9Q05B)
- (6) DON'T KNOW SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (7) REFUSED SKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>

5 (W9Q05A)
\$17,500 以上でしたか。

- (1) YESSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (2) NOSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (6) DON'T KNOWSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (7) REFUSEDSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>

6 (W9Q05B)
\$12,500 以上でしたか。

- (1) YESSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (2) NOSKIP TO **#123** (C11Q12) <WHITE>
- (6) DON'T KNOWSKIP TO **#123** (C11Q11) <WHITE>
- (7) REFUSEDSKIP TO **#123** (C11Q11) <WHITE>

7

(W9q06)

あなたの家族の総収入は\$40,000以上でしたか。それとも\$40,000以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$40,000 | SKIP TO #8 (W9Q06A) |
| (2) \$40,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$40,000 | SKIP TO #11 (W9Q07) |
| (6) DONT KNOW | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED..... | SKIP TO #123 <WHITE> |

8

(W9Q06A)

あなたの家族の総収入は\$60,000以上でしたか。それとも\$60,000以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$60,000 | SKIP TO #14 (W9Q08) |
| (2) \$60,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$60,000 | SKIP TO #9 (W9Q06B) |
| (6) DONT KNOW | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED..... | SKIP TO #123 <WHITE> |

9

(W9Q06B)

あなたの家族の総収入は\$50,000以上でしたか。それとも\$50,000以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$50,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (2) \$50,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$50,000 | SKIP TO #10 (W9Q06C) |
| (6) DONT KNOW | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED..... | SKIP TO #123 <WHITE> |

10

(W9Q06C)

あなたの家族の総収入は\$45,000以上でしたか。それとも\$45,000以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$45,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (2) \$45,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$45,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (6) DONT KNOW | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED..... | SKIP TO #123 <WHITE> |

11

(W9Q07)

あなたの家族の総収入は\$30,000 以上でしたか。それとも\$30,000 以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$30,000 | SKIP TO #12 (W9Q07A) |
| (2) \$30,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$30,000..... | SKIP TO #13 (W9Q07B) |
| (6) DONT KNOW | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED | SKIP TO #123 <WHITE> |

12

(W9Q07A)

あなたの家族の総収入は\$35,000 以上でしたか。それとも\$35,000 以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$35,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (2) \$35,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$35,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (6) DONT KNOW..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED | SKIP TO #123 <WHITE> |

13

(W9Q07B)

あなたの家族の総収入は\$25,000 以上でしたか。それとも\$25,000 以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$25,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (2) \$25,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$25,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (6) DONT KNOW..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED | SKIP TO #123 <WHITE> |

14

(W9Q08)

あなたの家族の総収入は\$75,000 以上でしたか。それとも\$75,000 以下でしたか。

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| (1) MORE THAN \$75,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (2) \$75,000..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (3) LESS THAN \$75,000 | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (6) DONT KNOW..... | SKIP TO #123 <WHITE> |
| (7) REFUSED | SKIP TO #123 <WHITE> |

123

(C11Q12)

(CHILD)は SSI (保証補足金) を受け取っていますか。

(1) YES

(2) NO

[SKIP to #125 C11Q11]

(6) DON'T KNOW

[SKIP to #125 C11Q11]

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP to #125 C11Q11]

124

(C11Q13)

それは (彼/彼女)が 身体障害者であるためにもらっているものですか。

(1) YES

(2) NO

(6) DON'T KNOW

(7) REFUSED THIS QUESTION



125

(C11Q11)

過去 12 ヶ月の間にいつでも、たった 1 ヶ月でも、家族の人がだれ
でも _____ [state TANF name] のような州または郡社会福祉制
度手当をもらったことがありますか。

(1) YES

(2) NO

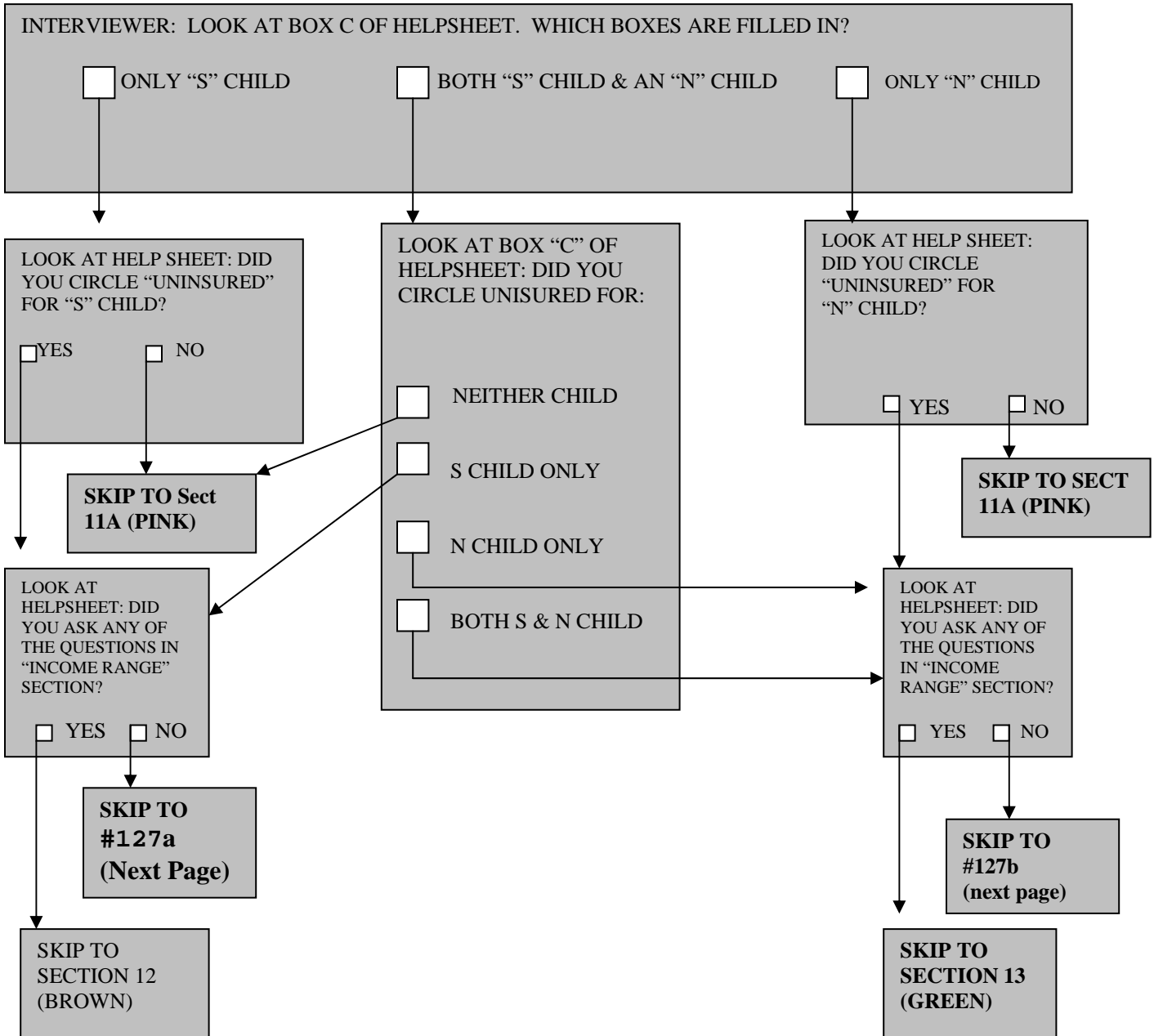
(6) DON'T KNOW

(7) REFUSED

126

(NO DATA)

少々お待ち戴けますか。このインタビューの最終段階の質問を検討しなければなりません。





127a (NO DATA)

FOLLOW THE GRID AND DIRECTIONS BELOW TO DETERMINE WHICH QUESTIONS TO ASK NEXT.

- (1) LOOK AT HELPSHEET #120 TO DETERMINE THE NUMBER OF PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD.
- (2) FIND THAT NUMBER ON THE GRID BELOW.
- (3) FOLLOW THAT NUMBER
TO: Lower 48 Alaska Hawaii
- (4) WRITE THE NUMBER HERE: _____
- (5) IF THE NUMBER LISTED IS GREATER THAN THE ANSWER **#121** ON HELPSHEET, **SKIP TO SECTION 12 (BROWN)**, IF NOT SKIP TO **SECTION 11A (C11Q14) – (PINK)**.

127b (NO DATA)

FOLLOW THE GRID AND DIRECTIONS BELOW TO DETERMINE WHICH QUESTIONS TO ASK NEXT.

- (1) LOOK AT HELPSHEET #120 TO DETERMINE THE NUMBER OF PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD.
- (2) FIND THAT NUMBER ON THE GRID BELOW.
- (3) FOLLOW THAT NUMBER
TO: Lower 48 Alaska Hawaii
- (4) WRITE THE NUMBER HERE: _____
- (5) IF THE NUMBER LISTED IN GRID GREATER THAN ANSWER **#121** ON HELPSHEET, **SKIP TO SECTION 13 (GREEN)**, IF NOT SKIP TO **SECTION 11A (C11Q14) – (PINK)**.

# of People Living in the Household	<u>200% of Poverty Level</u>	<u>200% of Poverty Level</u>	<u>200% of Poverty Level</u>
	<i>LOWER 48 STATES (& Washington D.C.)</i>	<i>ALASKA</i>	<i>HAWAII</i>
2	22,120	27,680	25,460
3	27,760	34,720	31,940
4	33,400	41,760	38,420
5	39,040	48,800	44,900
6	44,680	55,840	51,380
7	50,320	62,880	57,860
8	55,960	69,920	64,340
9	61,600	76,960	70,820
10	67,240	84,000	77,300
11	72,880	91,040	83,780
12	78,520	98,080	90,260
13	84,160	105,120	96,740
14	89,800	112,160	103,220

15	95,440	119,200	109,700
16	101,080	126,240	116,180
17	106,720	133,280	122,660
18	112,360	140,320	129,140

**Section 13. UTILIZATION AND BARRIERS TO CARE
QUESTIONS FOR LOW-INCOME/UNINSURED CHILDREN
WITHOUT SPECIAL HEALTH CARE NEEDS**

128

(C13Q1)

INTERVIEWER: IF CHILD IS 0-4 YEARS OLD, SKIP TO #129 (C13Q2)

次に (“N” CHILD)についての質問をしたいと思います。

過去 12 ヶ月の間、つまり (1 YEAR AGO TODAY)以降、
 (“N” CHILD) は学校を病気またはケガなどで何日休みましたか。

- _____
- (1) NONE
 - (2) DID NOT GO TO SCHOOL
 - (3) HOME SCHOOLED
 - (96) DON'T KNOW
 - (97) REFUSED

129

(C13Q2)

(“N” CHILD) が病気の時、またはアドバイスが欲しい時、普通行く所がありますか。

- (1) YES [SKIP TO #130a (C13Q3)]
- (2) THERE IS NO PLACE [SKIP TO #131a (C13Q4)]
- 3) THERE IS MORE THAN ONE PLACE [SKIP TO #130b(C13Q3)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #131a (C13Q4)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #131a (C13Q4)]

130a

(C13Q3)

それはどんな所ですか。医者ですか。

緊急治療室、外来またはクリニックですか。それとも
その他の場所ですか。

- | | |
|----------------------------|--|
| (01) ドクターズオフィス(OR HMO) | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (02) 緊急治療室 | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (03) 外来 | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (04) クリニックまたはヘルスセンター | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (05) 学校 (保健室、
トレーナー室など) | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (06) その他の場所_____ | [RECORD VERBATIM RESPONSE]
[SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (07) たいてい 1 カ所にとは限らない | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (96) DON'T KNOW | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (97) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |

130b

お子さんが最も頻繁に行く所はどこですか。医者ですか。緊急病院、外来病院または
クリニックですか。それともその他の場所ですか。

- | | |
|--|--|
| (01) ドクターズオフィス (OR HMO) | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (02) 緊急治療室 | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (03) 外来 | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (04) クリニックまたはヘルスセンター | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (05) 学校 (保健室、
トレーナー室など) | [SKIP TO #131 (C13Q4)] |
| (06) その他の場所_____ | [RECORD VERBATIM RESPONSE]
[SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (07) DOES NOT GO TO ONE PLACE MOST OFTEN | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (96) DON'T KNOW | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |
| (97) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #131a (C13Q4a)] |

131

(C13Q4)

そこは [PLACE SELECTED IN #130a] (“N” CHILD)
が健康診断のような定期的予防管理が必要な時にたいてい行く所ですか。

- (1) YES [SKIP TO #131b (C13Q4B)]
- (2) NO [SKIP TO #131a (C13Q4)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #131b (C14Q4B)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #131b (C14Q4B)]

131a

(C13Q4A)

(“N” CHILD) が健康診断などの定期的予防管理にたいてい行く所はどんな所ですか。

- (1) DOES NOT GET PREVENTIVE CARE ANYWHERE
- (2) DOCTOR'S OFFICE
- (3) HOSPITAL EMERGENCY ROOM
- (4) HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENT
- (5) CLINIC OR HEALTH CENTER
- (6) SCHOOL (NURSE'S OFFICE, ATHLETIC TRAINER'S OFFICE, ETC.)
- (7) SOME OTHER PLACE _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (8) DOES NOT GO TO ONE PLACE MOST OFTEN
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

131b

(C13Q4B)

個人の医者または看護婦が (“N” CHILD)

について一番よく知っているヘルスケア提供者です。

(“N” CHILD)の個人の医者または看護婦として考えられるような人がいますか。

- (1) YES [SKIP TO #131c (C13Q4)]
- (2) NO [SKIP TO #132 (C13Q5)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #132 (C13Q5)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #132 (C13Q5)]

131c

(C13Q4C)

その人は一般医、小児科医、専門医、看護婦または医者の助手ですか。

(01) GENERAL DOCTOR (SUCH AS A DOCTOR IN GENERAL PRACTICE,
FAMILY MEDICINE, OR INTERNAL)

- (02) PEDIATRICIAN
- (03) OTHER SPECIALIST (SUCH AS OB-GYN, SURGEONS, HEART DOCTORS, PSYCHIATRISTS, ALLERGY DOCTORS, SKIN DOCTORS, OBSTETRICIANS, OR GYNECOLOGISTS)
- (04) NURSE PRACTITIONER
- (05) PHYSICIAN'S ASSISTANT
- (06) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED

132

(C13Q5)

私たちは必要なヘルスケアをたびたび先延ばしにしたり、受けなかつたりすることがあります。ヘルスケアとはここでは医療管理だけでなく、歯の検査、精神衛生管理、物理療法、作業療法、言語矯正、特殊教育などを言います。過去 12 ヶ月の間に(“N” CHILD) がヘルスケアを受けるのを遅らせたり、受けなかつたりしたことがありますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

HELP SCREEN: 両親が子供を治療する試みをしてから、医者に子供を連れて行くことは、ここではヘルスケアを遅らせたとは言わない。FOR EXAMPLE A CHILD WITH A COUGH OR SORE THROAT WHO IS GIVEN COUGH SYRUP AT HOME BUT THE COUGH SYRUP DOES NOT HELP OR WORK

133a	133b	133c
<p>(c13Q06_01)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N” CHILD) が) 健康診断などの定期的予防管理を必要としたことがありましたか。→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #134a) (6) DK (SKIP TO #134a) (7) REF (SKIP TO #134a)</p>	<p>(C13Q601A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要とした全ての定期的予防管理を受けましたか。</p> <p>→</p> <p>(1) YES (SKIP TO #134a) (2) No (6) DK (SKIP TO #134a) (7) REF (SKIP TO #134a)</p>	<p>(“N” CHILD) は何故必要とした定期的予防管理を全て受けなかったのですか。 (CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON’T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>

134a	134b	134c
<p>(C13Q6_02)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N” CHILD) が) 専門医の診断を必要としたことがありましたか。</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #135a) (6) DK (SKIP TO #135a) (7) REF (SKIP TO #135a)</p>	<p>(C13Q6_02A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要とした専門医の診断を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES (SKIP TO #135a) (2) No (6) DK (SKIP TO #135a) (7) REF (SKIP TO #135a)</p>	<p>(C13Q6_02A)</p> <p>(“N” CHILD) は何故必要とした専門医の診断を受けなかったのですか。</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON'T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>
<p>HELP SCREEN: SPECIALTY DOCTORS FOCUS ON ONE PART OF YOUR CHILD'S HEALTH. THESE INCLUDE CARDIOLOGISTS, EAR, NOSE AND THROAT DOCTORS, SURGEONS, ETC. EXAMPLE: PULMOLOGISTS WORK WITH BREATHING PROBLEMS LIKE ASTHMA.</p>		

135a	135b	135c
<p>(C13Q6_03)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N”CHILD) が) 歯の検査を含めて歯医者が必要としたことがありましたか。→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #135.1a) (6) NO (SKIP TO #135.1a) (7) REF (SKIP TO #135.1a)</p>	<p>(C13Q6_03A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要とした歯医者の診断を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES (SKIP TO #135.1a) → (2) No (6) DK (SKIP TO #135.1a) (7) REF (SKIP TO #135.1a)</p>	<p>(C13Q6_03A)</p> <p>(“N” CHILD) は何故必要とした歯医者の診断を受けなかったのですか。</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON’T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>

135.1a	135.1b	135.1c
<p>(C13Q6_04)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N” CHILD) が)処方箋を必要としたことがありましたか。→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #136a) (6) DK (SKIP TO #136a) (7) REF (SKIP TO #136a)</p>	<p>(C13Q6_04A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要とした処方箋を全て受け取りましたか。</p> <p>(1) YES (SKIPTO #136a) → (2) No (6) DK (SKIP TO #136a) (7) REF (SKIP TO #136a)</p>	<p>(C13Q6_04B)</p> <p>(“N” CHILD) は何故必要とした処方箋を受け取らなかったのですか。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON’T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>

136a	136b	136c
<p>(C13Q6_05)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が) 物理療法、作 業療法または言語矯正を必要と したことがありますか。→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #137a) (6) DK (SKIP TO #137a) (7) REF (SKIP TO #137a)</p>	<p>(C13Q6_05A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要な物理療法 、作業療法または言語矯正を全 て受けましたか。</p> <p>(1) YES (SKIP TO #137a) → (2) No (6) DK (SKIP TO #137a) (7) REF (SKIP TO #137a)</p>	<p>(“N” CHILD) が必要な物理療 法、作業療法または言語矯正 を受けなかった理由は何です か。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON’T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>

137a	137b	137c
<p>(C13Q06_06)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N” CHILD)が) 精神衛生管理またはカウンセリングを必要としたことがありましたか。</p> <p style="text-align: right;">→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #138a) (6) DK (SKIP TO #138a) (7) REF (SKIP TO #138a)</p>	<p>(C13Q06_06A)</p> <p>(“N” CHILD)は必要としたすべての精神衛生管理またはカウンセリングを受けましたか。</p> <p>(1) YES (SKIP TO #138a) → (2) No (6) DK (SKIP TO #138a) (7) REF (SKIP TO #138a)</p>	<p>(“N”CHILD)は何故必要とした精神衛生管理またはカウンセリングを受けなかったのですか。</p> <p>(CIRCLE ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON’T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>

138a

138b

138c

<p>(C13Q06_07)</p> <p>INTERVIEWER: IF AGE IS 0-7 YEARS OLD SKIP TO #139a</p> <p>(過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が) 薬物乱用治療またはカウンセリングを必要としたことがありましたか。</p> <p>→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #139a) (6) DK (SKIP TO #139a)</p>	<p>C13Q06_07A</p> <p>(“N” CHILD) は必要な全ての薬物乱用治療またはカウンセリングを受けましたか。</p> <p>(1) YES (SKIP TO #139a) →</p> <p>(2) No</p> <p>(6) DK (SKIP TO #139a)</p> <p>(7) REF (SKIP TO #139a)</p>	<p>(“N” CHILD) が必要な薬物乱用治療またはカウンセリングを受けなかった理由は何ですか。</p> <p>(CHECK ALL THAT APPLY)</p> <p>(1) COST TOO MUCH (2) HEALTH PLAN PROBLEM (3) NOT AVAILABLE IN AREA/TRANSPORT PROBLEMS (4) NOT CONVENIENT TIMES (5) DOCTOR DID NOT KNOW HOW TO TREAT OR PROVIDE CARE (6) OTHER _____ (96) DON'T KNOW (97) REFUSED THIS QUESTION</p>
<p>HELP SCREEN: SOME RESPONDENTS WITH CHILDREN OLDER THAN 8 YEARS OF AGE MAY FIND THIS QUESTION INAPPROPRIATE. IF THIS OCCURS, TELL THE RESPONDENT: この質問はもっと年長のお子さんに適切かも知れませんが、私は質問を文字通り読ん</p>		
<p style="text-align: center;">139a</p> <p>(C13Q06_09)</p> <p>(過去 12 ヶ月の間にいつでも (“N” CHILD) が) メガネまたは視力検査を必要としたことがありますか。</p> <p>→</p> <p>(1) YES (2) NO (SKIP TO #140a) (6) DK (SKIP TO #140a) (7) REF (SKIP TO #140a)</p>	<p style="text-align: center;">139b</p> <p>(C13Q06_09A)</p> <p>(“N” CHILD) は必要としたメガネまたは視力検査を全て受けましたか。</p> <p>(1) YES (2) No (6) DK (7) REF</p>	<p style="text-align: center;">oooooooo</p>

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">140a</div> (C13Q06_10) (過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) が) 補聴治療また は聴力検査を必要としたことが ありましたか。→ (1) YES (2) NO (SKIP TO #141) (6) DK (SKIP TO #141) (7) REF (SKIP TO #141)	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">140b</div> (C13Q06_10A) (“N” CHILD) は必要な補聴治療 または聴力検査を受けましたか 。 (1) YES (2) No (6) DK (7) REF	ooooooooo
--	---	-----------

141

 (C13Q7)

過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) は医者またはヘルスケア提供者の診断を何回受けましたか。
病院に入院した場合はそれを
数えないでください。

- _____NUMBER OF VISITS
(000) NO VISITS IN PAST 12 MONTHS
(996) DON'T KNOW **[SKIP TO #143 (C13Q8)]**
(997) REFUSED THIS QUESTION **[SKIP TO #143 (C13Q8)]**

142

 (C13Q7A)

[INSERT ANSWER FROM #141] という回答を戴きました。それで正しいですか。
(1) YES
(2) NO **[SKIP BACK TO #141]**

143

(C13Q8)

次は過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) のための医療費をどの位払ったかの質問です。保険料、保険または他の出所から返済される費用は算入されません。しかし、薬品、特殊食品、特殊な衣服、耐久装置、家の改造、あらゆる療法などのあらゆる種類のヘルスケアに関連する実費は算入されます。過去 12 ヶ月の間に支払った (“S” CHILD) のヘルスケアの経費はいくらだったでしょうか。\$500 以上、\$250-\$500、\$250 以下、0 の中から選んでください。

- (1) \$500 以上
- (2) \$250-\$500 [SKIP TO #145a (C13Q10)]
- (3) \$250 以下 [SKIP TO #145a (C13Q10)]
- (4) \$0 [SKIP TO #145a (C13Q10)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #145a (C13Q10)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #145a (C13Q10)]

HELP BOX: RESPONDENT MAY GIVE A RANGE AS AN ANSWER TO THIS QUESTION. BE PREPARED TO PROBE FOR A MORE ACCURATE ANSWER.

144

(C13Q9)

過去 12 ヶ月の間に (“N” CHILD) のための医療費にいくら支払いましたか。\$500-\$1000、\$1000-\$5000 または \$5000 以上でしたか。

- (1) \$5000 以上
- (2) \$1001-\$5000
- (3) \$501-\$1000
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

145a

(C13Q10)

(“N” CHILD) の医療看護のためにあなたの家族に経済的困難をもたらしましたか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

145b

INTERVIEWER: IS THERE AN "S" CHILD IN THIS HOUSEHOLD?

YES [SKIP TO #145c]

NO [SKIP TO SECTION 12

145c

LOOK AT BOX "C" OF HELPSHEET: IS THE "S" CHILD INSURED?

YES [SKIP TO SECT. 12 (NEXT PAGE) & ASK QUESTIONS FOR
"N" CHILD]

NO [SKIP TO SECTION 12A (ORANGE)]

Section 12. MEDICAID AND SCHIP KNOWLEDGE AND EXPERIENCE

146

(C12Q1)

以前に{CHILD}が健康保険を持っていないとおっしゃいました。

{CHILD}が現在健康保険を持っていない主な理由は何でしょうか。(CIRCLE ALL THAT APPLY)

- (01) COSTS TOO MUCH
- (02) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (03) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (04) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (05) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (06) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (07) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (08) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (09) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #148 (C12Q2)]
- (97) REFUSED [SKIP TO #148 (C12Q2)]

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

147

(C12Q1A)

その他に理由がありますか。 [CIRCLE ALL THAT APPLY]

- (1) COSTS TOO MUCH
- (2) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (3) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (4) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (5) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (6) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (7) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (8) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (9) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #148]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #148]

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

**148**

(C12Q2)

今回の調査の前に Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}
 というプログラムについて聞いたことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #154 (C12Q3)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #154 (C12Q3)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #154 (C12Q3)]

INTERVIEWER: MARK ANSWER TO THIS QUESTION IN **SECTION A** OF HELPSHEET. IF ANSWER TO THIS QUESTION WAS "YES", CIRCLE "HEARD OF MEDICAID" FOR THIS CHILD IN **SECTION C** OF HELPSHEET. IF ANSWER WAS "NO", "DON'T KNOW", OR "REFUSED", CIRCLE "HAVE NOT HEARD OF MEDICAID" FOR THIS CHILD IN **SECTION C** OF HELPSHEET.

**149**

(C12Q2a)

あなたが Medicaid{or _____ [state Medicaid name]}

について持っている知識に基づいて、このプログラムの申込書記入が困難だと思いますか。その程度を、大変やさしい、多少やさしい、多少難しい、大変難しいの中から選んでください。

- (1) 大変やさしい
- (2) 多少やさし
- (3) 多少難しい
- (4) 大変難しい
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

**150**

(C12Q2b)

(CHILD)は Medicaid{or _____ [state Medicaid name]}に登録したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #152 (C12Q2D)]
- (2) No
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

**151**

(C12Q2c)

あなたは(CHILD)のために Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}に加入したことがありますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #154 (C12Q3)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #154 (C12Q3)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #154 (C12Q3)]



152

(C12Q2d)

あなたが(CHILD)のために Medicaid{or _____[state Medicaid name]}
に最後に加入したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

153

(C12Q2d1) [MARK PERIOD]

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DAYS | <input type="checkbox"/> YEAR(S) |
| <input type="checkbox"/> WEEK(S) | <input type="checkbox"/> DON'T KNOW |
| <input type="checkbox"/> MONTH(S) | <input type="checkbox"/> REFUSED |



154

INTERVIEWER: FOR EACH STATE, THE SCHIP PLAN CAN BE EITHER A MEDICAID EXPANSION PLAN OR A STAND-ALONE PLAN. THIS HOUSEHOLD LIVES IN A STATE WHERE:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | S-CHIP AND MEDICAID HAVE SAME NAME OR NO S-CHIP IN STATE. [SKIP TO #159c] |
| <input type="checkbox"/> | S-CHIP AND MEDICAID <u>DO NOT</u> HAVE THE SAME NAME OR THERE IS S-CHIP IN THIS STATE |



155

(C12Q3)

これまでに _____ [state SCHIP name] について聞いたことがありますか。



- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #159C]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #159C]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #159C]

INTERVIEWER: MARK ANSWER TO THIS QUESTION IN **SECTION A** OF HELPSHEET.

ALSO IF THE ANSWER TO THIS QUESTION WAS "YES", CIRCLE "HEARD OF SCHIP" FOR THIS CHILD IN **SECTION C** OF HELPSHEET. IF ANSWER WAS "NO", "DON'T KNOW", OR "REFUSED", CIRCLE "HAVE NOT HEARD OF SCHIP" FOR THIS CHILD IN **SECTION C** OF HELPSHEET.

SCHIP name]についての知識に基づいて、このプログラムの申込書に記入するのが困難だと思いますか。その程度について、大変やさしい、多少やさしい、多少難しい、大変難しいの中から選んでください。

- (1) 大変やさしい
- (2) 多少やさしい
- (3) 多少難しい
- (4) 大変難しい
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



157

(C12Q3b)

(CHILD) は _____ [state SCHIP name] に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #159a]
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED



158

(C12Q3c)

あなたは(CHILD)のために _____ [state SCHIP name] に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #159a]

- (2) NO [SKIP TO #159c]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #159c]
(7) REFUSED [SKIP TO #159c]

159a

(C12Q3d)

あなたが(CHILD)のために_____ [State SCHIP name]
に最後に登録したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

159b

(C12Q3d1)

[MARK PERIOD]

- DAYS YEAR(s)
 WEEK(S) DON'T KNOW
 MONTH(S) REFUSED

159c

(NO DATA)

INTERVIEWER: LOOK AT HELPSHEET. DID RESPONDENT ANSWER #148 "YES"?
YES [SKIP TO #160] NO SKIP TO #159d

159d

INTERVIEWER: LOOK AT HELPSHEET. DID RESPONDENT ANSWER #155 "YES"?
YES [SKIP TO #160] NO SKIP TO SECTION 11A - PINK



160

(C12Q4)

INTERVIEWER: LOOK AT SECTION “C” OF HELP SHEET.

IF “HEARD OF MEDICAID” IS CIRCLED READ “OPTION 1” FOR REST OF SECTION.

IF “HEARD OF SCHIP” IS CIRCLED READ “OPTION 2” FOR REST OF SECTION.

IF RESPONDENT HAS HEARD OF BOTH, READ BOTH OPTIONS.

次について初めて聞いたのはどこですか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

- (01) RADIO, TV
- (02) NEWSPAPER, MAGAZINE
- (03) FLYER, POSTER
- (04) OUTREACH WORKER
- (05) WELFARE OFFICE/CASE WORKER
- (06) WIC
- (07) HEALTH CARE PROVIDER/CLINIC/HOSPITAL
- (08) CHILD’S SCHOOL
- (09) FRIEND OR FAMILY MEMBER
- (10) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON’T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT’S ANSWER. IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY “OTHER” RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

**161**

(C12Q5)

次についてあなたが持っている知識に基づいて、

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

(CHILD) は現在その資格があると思いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

**162**

(C12Q6)

もしあなたの(お子さん)が次に対して資格があるとしたら、

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

(彼/彼女)を加入させたいと思いますか。

- (1) YES
- (2) NO

[SKIP TO #165]

(6) DON' T KNOW [SKIP TO #165]

(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #165]



163

(C12Q6A)

あなたが (CHILD) を登録させたくない主な理由は何ですか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (OR) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

- | | |
|--|----------------|
| (01) INSURANCE NOT NEEDED | [SKIP TO #164] |
| (02) COSTS TOO MUCH | [SKIP TO #164] |
| (03) DON'T LIKE PEOPLE AT APPLICATION OFFICE | [SKIP TO #164] |
| (04) DON'T LIKE DOCTORS / PROVIDERS IN HEALTH PLAN | [SKIP TO #164] |
| (05) HEARD BAD THINGS ABOUT PROGRAM | [SKIP TO #164] |
| (06) TAKES TOO MUCH TIME TO APPLY | [SKIP TO #164] |
| (07) DON'T WANT TO MEET PROGRAM REQUIREMENTS | [SKIP TO #164] |
| (08) DON'T WANT WELFARE/ PUBLIC ASSISTANCE | [SKIP TO #164] |
| (09) WORRIES ABOUT CITIZENSHIP | [SKIP TO #164] |
| (10) OTHER _____ [RECORDVERBATIM RESPONSE] | [SKIP TO #164] |
| (96) DON'T KNOW | [SKIP TO #165] |
| (97) REFUSED THIS QUESTION | [SKIP TO #165] |

HELPBOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER. IT IS MPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

164

(C12Q6B)

その他に理由がありますか。[CIRCLE ALL THAT APPLY]

- (01) INSURANCE NOT NEEDED
- (02) COSTS TOO MUCH
- (03) DON'T LIKE PEOPLE AT APPLICATION OFFICE
- (04) DON'T LIKE DOCTORS / PROVIDERS IN HEALTH PLAN
- (05) HEARD BAD THINGS ABOUT PROGRAM
- (06) TAKES TOO MUCH TIME TO APPLY
- (07) DON'T WANT TO MEET PROGRAM APPLICATION REQUIREMENTS
- (08) DON'T ACCEPT WELFARE/ DON'T WANT TO BE IN PUBLIC PROGRAM
- (09) WORRIES ABOUT CITIZENSHIP
- (10) OTHER
- (11) NO OTHER REASONS
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER. IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

165

(NO DATA)

INTERVIEWER: WAS THE ANSWER TO EITHER #150 OR #157 "YES"?

YES SKIP TO SECTION 11A – PINK

NO CONTINUE]

**166**

(C12Q7)

あなたは (CHILD) を次に加入させようと試みたことがありますか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #179 (C11Q14)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #179 (C11Q14)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #179 (C11Q14)]

**167**

(C12Q7A)

どのプログラムに (CHILD) を加入させようと試みましたか。

- (OPTION 1) (1) Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}
- (OPTION 2) (2) _____ [State SCHIP name]
- (OPTION 1 & 2) (3) Both Medicaid {or _____ [state Medicaid name] and _____ [state SCHIP name]}
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

168

(C12Q7B)

[this program/these programs]の加入の処理を最後までしなかった理由は何ですか。

- (01) TOO CONFUSING OR COMPLICATED
- (02) TOO TIME CONSUMING; FORMS TOO LONG
- (03) LANGUAGE/COMPREHENSION/LITERACY PROBLEMS
- (04) COULDN'T GET TO APPLICATION OFFICE WHEN OPEN
- (05) TRANSPORTATION PROBLEMS GETTING TO OFFICE
- (06) COULDN'T GET THROUGH ON TELEPHONE
- (07) DIDN'T HAVE ALL THE PAPERS NEEDED TO ENROLL
- (08) PEOPLE AT APPLICATION OFFICE NOT HELPFUL
- (09) TOLD CHILD INELIGIBLE B/C INCOME TOO HIGH

- (10) QUESTIONS TOO PERSONAL
- (11) DON'T LIKE DOCS/PROVIDERS IN PLAN
- (12) GOT INSURANCE SOME OTHER WAY
- (13) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO SECTION 11A – PINK]

Section 12A. MEDICAID AND SCHIP KNOWLEDGE AND EXPERIENCE

146

(C12Q1_1)

以前に{"S" CHILD}が健康保険を持っていないとおっしゃいました。{"S" CHILD}が現在健康保険を持っていない主な理由は何でしょうか。(CIRCLE ALL THAT APPLY)

- (1) COSTS TOO MUCH
- (2) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (3) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (4) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (5) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (6) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (7) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (8) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (9) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO#148]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO#148]

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

147

(C12Q1A1)

その他に理由がありますか。 [CIRCLE ALL THAT APPLY]

- (1) COSTS TOO MUCH
- (2) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (3) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (4) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (5) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (6) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (7) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (8) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (9) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #148]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #148]

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

148

(C12Q1_2)

以前に{"N" CHILD}が健康保険を持っていないとおっしゃいました。{"N"CHILD}が現在健康保険を持っていない主な理由は何でしょうか。(CIRCLE ALL THAT APPLY)

- (01) COSTS TOO MUCH
- (02) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (03) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (04) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (05) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (06) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (07) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (08) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (09) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW [SKIP TO #150]
- (97) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #150]

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

149

(C12Q1A2)

その他に理由がありますか。 [CIRCLE ALL THAT APPLY]

- (01) COSTS TOO MUCH
- (02) DON'T NEED INSURANCE/DON'T GET SICK
- (03) NO ONE IN FAMILY CURRENTLY EMPLOYED
- (04) CAN'T GET INSURANCE THROUGH EMPLOYER
- (05) INELIGIBLE DUE TO CHILD'S HEALTH STATUS
- (06) INELIGIBLE DUE TO AGE / LEFT SCHOOL
- (07) INELIGIBLE DUE TO RULE VIOLATION
- (08) INELIGIBLE DUE TO INCREASE IN INCOME
- (09) INSURANCE ENDED AFTER PREGNANCY
- (10) USED UP AVAILABLE BENEFITS
- (11) DON'T KNOW HOW TO GET INSURANCE
- (12) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER.

IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

**150**

(C12Q2)

今回の調査の前に Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

と言うプログラムについて聞いたことがありましたか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #158 (C12Q3)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #158 (C12Q3)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #158 (C12Q3)]

INTERVIEWER: MARK ANSWER TO THIS QUESTION IN **SECTION A** OF HELPSHEET. IF ANSWER TO THIS QUESTION WAS "YES", CIRCLE "HEARD OF MEDICAID" FOR BOTH CHILDREN IN **SECTION C** OF HELPSHEET. IF ANSWER WAS "NO", "DON'T KNOW", OR "REFUSED", CIRCLE "HAVE NOT HEARD OF MEDICAID" FOR BOTH CHILDREN IN **SECTION C** OF HELPSHEET.

**151**

(C12Q2a)

あなたが Medicaid{or _____ [state Medicaid name]}

について持っている知識に基づいて、このプログラムの申込書記入が困難だと思いますか。その程度を、大変やさしい、多少やさしい、多少難しい、大変難しいの中から選んでください。

- (1) 大変やさしい
- (2) 多少やさしい
- (3) 多少難しい
- (4) 大変難しい
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

**152**

(C12Q2B1)



("S" CHILD) は Medicaid{or _____ [state Medicaid name]}に登録したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #154 (C12Q2D1)]
- (2) No [SKIP TO #153 (C12Q2C1)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #153 (C12Q2C1)]
- (7) REFUSED [SKIP TO #153 (C12Q2C1)]

**153**

(C12Q2C1)

あなたは("S" CHILD)のために Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #154 (C12Q2D1)]
- (2) NO [SKIP TO #155 (C12Q2B2)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #155 (C12Q2B2)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #155 (C12Q2B2)]

**154**

(C12Q2D1)

あなたが(“S” CHILD)のために Medicaid{or _____[state Medicaid name]}
に最後に加入したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

154a

(C12Q2D1_1)

[MARK PERIOD]

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DAYS | <input type="checkbox"/> YEAR(S) |
| <input type="checkbox"/> WEEK(S) | <input type="checkbox"/> DON'T KNOW |
| <input type="checkbox"/> MONTH(S) | <input type="checkbox"/> REFUSED |

**155**

(C12Q2B2)



(“N” CHILD) は Medicaid{or _____[state Medicaid name]}に登録したことがありますか。

- | | |
|----------------|--------------------------|
| (1) YES | [SKIP TO #157 (C12Q2D2)] |
| (2) No | [SKIP TO #156 (C12Q2C2)] |
| (6) DON'T KNOW | [SKIP TO #156 (C12Q2C2)] |
| (7) REFUSED | [SKIP TO #156 (C12Q2C2)] |

**156**

(C12Q2C2)

あなたは(“N” CHILD)のために Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}
に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #157 (C12Q2D2)]
- (2) NO [SKIP TO #158 (C12Q3)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #158 (C12Q3)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #158 (C12Q3)]

⇒ **157** (C12Q2D2)

あなたが(“N” CHILD)のために Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}
に最後に加入したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

157A (C12Q2d1) [MARK PERIOD]

- DAYS YEAR(S)
- WEEK(S) DON'T KNOW
- MONTH(S) REFUSED

⇒ **158**

INTERVIEWER: FOR EACH STATE, THE SCHIP PLAN CAN BE EITHER A MEDICAID EXPANSION PLAN OR A STAND-ALONE PLAN. THIS HOUSEHOLD LIVES IN A STATE WHERE:

- S-CHIP AND MEDICAID HAVE SAME NAME OR NO S-CHIP IN STATE. [SKIP TO #165b]
- S-CHIP AND MEDICAID DO NOT HAVE THE SAME NAME OR THERE IS S-CHIP IN THIS STATE

○ → **158a** (C12Q3)

H

これまでに _____ [state SCHIP name] について聞いたことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #159 (C12Q3A)]
 (2) NO [SKIP TO #165b]
 (6) DON'T KNOW [SKIP TO #165b]
 (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #165b]

INTERVIEWER: MARK ANSWER TO THIS QUESTION IN SECTION A OF HELPSHEET. ALSO IF THE ANSWER TO THIS QUESTION WAS "YES", CIRCLE "HEARD OF SCHIP" FOR THIS CHILD IN SECTION C OF HELPSHEET. IF ANSWER WAS "NO", "DON'T KNOW", OR "REFUSED", CIRCLE "HAVE NOT HEARD OF SCHIP" FOR THIS CHILD IN SECTION C OF HELPSHEET.

**159**

(C12Q3A)

あなたが持っている _____ [state SCHIP name] についての知識に基づいて、このプログラムの申込書に記入するのが困難だと思いますか。その程度について、大変やさしい、多少やさしい、多少難しい、大変難しいの中から選んでください。

- (1) 大変やさしい
 (2) 多少やさし
 (3) 多少難しい
 (4) 大変難しい
 (6) DON'T KNOW
 (7) REFUSED THIS QUESTION

**160**

(C12Q3B1)

("S" CHILD) は _____ [state SCHIP name] に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #162 (C4Q3D_1)]
 (2) NO
 (6) DON'T KNOW
 (7) REFUSED THIS QUESTION

**161**

(C12Q3C_1)

あなたは(“S” CHILD)のために _____ [state SCHIP name]
に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #162 (C4Q3D_1)]
(2) NO [SKIP TO #163]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #163]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #163]



162

(C12Q3D_1)

あなたが(“S” CHILD)のために _____ [State SCHIP name]
に最後に登録したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

162A

(C12Q3d1)

[MARK PERIOD]

- DAYS YEAR(s)
 WEEK(S) DON'T KNOW
 MONTH(S) REFUSED



163

(C12Q3B2)

(“S” CHILD) は _____ [state SCHIP name]
に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #165 (C12Q3D_2)]
(2) NO [SKIP TO #164 (C12Q3C_2)]

- (6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #164 (C12Q3C_2)]
[SKIP TO #164 (C12Q3C_2)]

⇒ **164**

(C12Q3C_2)

あなたは(“N” CHILD)のために _____ [state SCHIP name]
に加入したことがありますか。

- (1) YES [SKIP TO #165 (C12Q3D_2)]
(2) NO [SKIP TO #165b (C12Q4)]
(6) DON'T KNOW [SKIP TO #165b (C12Q4)]
(7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #165b (C12Q4)]

⇒ **165**

(C12Q3D_2)

あなたが(“N” CHILD)のために _____ [State SCHIP name]
に最後に登録したのはいつですか。

[ENTER NUMBER] _____

165A (C12Q3D1_2)
[MARK PERIOD]

- DAYS YEAR(S)
 WEEK(S) DON'T KNOW
 MONTH(S) REFUSED

165b (NO DATA)

INTERVIEWER: LOOK AT HELPSHEET. DID RESPONDENT ANSWER #152 “YES”?
 YES [SKIP TO #166] NO [SKIP TO #165c]

165c

INTERVIEWER: LOOK AT HELPSHEET. DID RESPONDENT ANSWER #158a "YES"?

YES [SKIP TO #166]

NO

[SKIP TO SECTION 11A (PINK)]



166

(C12Q4)

INTERVIEWER: LOOK AT SECTION C OF HELP SHEET.

IF "HEARD OF MEDICAID" IS CIRCLED READ "OPTION 1" FOR REST OF SECTION.

IF "HEARD OF SCHIP" IS CIRCLED READ "OPTION 2" FOR REST OF SECTION.

IF RESPONDENT HAS HEARD OF BOTH, READ BOTH OPTIONS.

次について初めて聞いたのはどこですか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

- (01) RADIO, TV
- (02) NEWSPAPER, MAGAZINE
- (03) FLYER, POSTER
- (04) OUTREACH WORKER
- (05) WELFARE OFFICE/CASE WORKER
- (06) WIC
- (07) HEALTH CARE PROVIDER/CLINIC/HOSPITAL
- (08) CHILD'S SCHOOL

- (09) FRIEND OR FAMILY MEMBER
(10) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
(96) DON'T KNOW
(97) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER. IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.



167

(C12Q5_1)

次についてあなたが持っている知識に基づいて、

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

(“S” CHILD) は現在その資格があると思いますか。

- (1) YES
(2) NO
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION



168

(C12Q5_2)

次についてあなたが持っている知識に基づいて、

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

(“N” CHILD) は現在その資格があると思いますか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION



169

(C12Q6)

(“S” CHILD) OR (“N” CHILD) が次に対する資格があると言われたら、

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (AND) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

(彼/彼女)を加入させたいと思いますか。

- (1) YES [SKIP TO #172]
- (2) NO [SKIP TO #170 (C12Q6A)]
- (6) DON' T KNOW [SKIP TO #172 (C12Q7_1)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #172(C12Q7_1)]

RESPONDENT MAY ANSWER THIS QUESTION WITH “I’M NOT SURE”, OR “MAYBE”. IF THIS OCCURS, CODE ANSWER AS “DON’T KNOW”.

 **170** (C12Q6A)

あなたが(“S” CHILD) OR (“N” CHILD) を登録させたくない主な理由は何ですか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (OR) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

- | | |
|--|----------------|
| (01) INSURANCE NOT NEEDED | [SKIP TO #171] |
| (02) COSTS TOO MUCH | [SKIP TO #171] |
| (03) DON'T LIKE PEOPLE AT APPLICATION OFFICE | [SKIP TO #171] |
| (04) DON'T LIKE DOCTORS / PROVIDERS IN HEALTH PLAN | [SKIP TO #171] |
| (05) HEARD BAD THINGS ABOUT PROGRAM | [SKIP TO #171] |
| (06) TAKES TOO MUCH TIME TO APPLY | [SKIP TO #171] |
| (07) DON'T WANT TO MEET PROGRAM REQUIREMENTS | [SKIP TO #171] |
| (08) DON'T WANT WELFARE/ PUBLIC ASSISTANCE | [SKIP TO #171] |

(09) WORRIES ABOUT CITIZENSHIP

[SKIP TO #171]

(10) OTHER _____ [RECORDVERBATIM RESPONSE]

[SKIP TO #171]

(96) DON'T KNOW

[SKIP TO #172 (C12Q7_1)]

(97) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #172 (C12Q7_1)]

HELPBOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER. IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

171

(C12Q6B)

その他に理由がありますか。 [CIRCLE ALL THAT APPLY]

(01) INSURANCE NOT NEEDED

(02) COSTS TOO MUCH

(03) DON'T LIKE PEOPLE AT APPLICATION OFFICE

(04) DON'T LIKE DOCTORS / PROVIDERS IN HEALTH PLAN

(05) HEARD BAD THINGS ABOUT PROGRAM

(06) TAKES TOO MUCH TIME TO APPLY

(07) DON'T WANT TO MEET PROGRAM APPLICATION REQUIREMENTS

(08) DON'T ACCEPT WELFARE/ DON'T WANT TO BE IN PUBLIC PROGRAM

(09) WORRIES ABOUT CITIZENSHIP

(10) OTHER _____ [RECORDVERBATIM RESPONSE]

(11) NO OTHER REASONS

(96) DON'T KNOW

(97) REFUSED THIS QUESTION

HELP BOX: THE LIST OF CHOICES SHOULD NOT BE READ TO THE RESPONDENT. INDIVIDUAL ANSWER CHOICES MAY BE REPEATED BACK TO THE RESPONDENT IF YOU ARE CONFIRMING THE RESPONDENT'S ANSWER. IT IS IMPORTANT THAT A CONCERTED EFFORT IS MADE TO FIND THE APPROPRIATE ANSWER FOR THIS QUESTION. TOO MANY "OTHER" RESPONSES WILL MAKE IT DIFFICULT TO ANALYZE THE DATA.

172

(NO DATA)

INTERVIEWER: WAS THE ANSWER TO #152 OR #160 “YES”?

YES[SKIP TO SECTION 11A (PINK)]

NO [CONTINUE]



173

(C12Q7_1)

あなたは (“S” CHILD) を次に加いさせようと試みたことがありますか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (OR) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

...but not made it through the whole process?

(1) YES

(2) NO

[SKIP TO #175]

(6) DON'T KNOW

[SKIP TO #175]

(7) REFUSED THIS QUESTION

[SKIP TO #175]



174

(C12Q7A_1)

どのプログラムに(“S” CHILD)を加入させようと試みましたか。

- (OPTION 1) (1) Medicaid {or _____[*state Medicaid name*]}
- (OPTION 2) (2) _____[*State SCHIP name*]
- (OPTION 1 & 2) (3) Both Medicaid {or _____[*state Medicaid name*] and _____[*state SCHIP name*]}
(6) DON'T KNOW
(7) REFUSED THIS QUESTION

174b

(C12Q7B_2)

[this program/these programs]の加入の処理を最後までしなかった理由は何ですか。

- (1) TOO CONFUSING OR COMPLICATED
- (2) TOO TIME CONSUMING; FORMS TOO LONG
- (3) LANGUAGE/COMPREHENSION/LITERACY PROBLEMS
- (4) COULDN'T GET TO APPLICATION OFFICE WHEN OPEN
- (5) TRANSPORTATION PROBLEMS GETTING TO OFFICE
- (6) COULDN'T GET THROUGH ON TELEPHONE
- (7) DIDN'T HAVE ALL THE PAPERS NEEDED TO ENROLL
- (8) PEOPLE AT APPLICATION OFFICE NOT HELPFUL
- (9) TOLD CHILD INELIGIBLE B/C INCOME TOO HIGH
- (10) QUESTIONS TOO PERSONAL
- (11) DON'T LIKE DOCS/PROVIDERS IN PLAN
- (12) GOT INSURANCE SOME OTHER WAY
- (13) OTHER _____[RECORDVERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

175

(NO DATA)

INTERVIEWER: WAS THE ANSWER TO #155 OR #163 “YES”?

YES [SKIP TO SECTION 11A (PINK)] NO [CONTINUE]



176

(C12Q7_2)

あなたは (“N” CHILD) を次に加入させようと試みたことがありますか。

OPTION 1: Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}

OPTION 2: (OR) SCHIP {or _____ [state SCHIP name]}?

...but not made it through the whole process?

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #179 (C11Q14)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #179 (C11Q14)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #179 (C11Q14)]



177

(C12Q7A_2)

どのプログラムに (“N” CHILD) を加入させようと試みましたか。

- (OPTION 1) (1) Medicaid {or _____ [state Medicaid name]}
- (OPTION 2) (2) _____ [State SCHIP name]
- (OPTION 1 & 2) (3) Both Medicaid {or _____ [state Medicaid name] and _____ [state SCHIP name]}
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

178

(C12Q7B_2)

[this program/these programs]の加入の処理を最後までしなかった理由は何ですか。

- (1) TOO CONFUSING OR COMPLICATED
- (2) TOO TIME CONSUMING; FORMS TOO LONG
- (3) LANGUAGE/COMPREHENSION/LITERACY PROBLEMS
- (4) COULDN'T GET TO APPLICATION OFFICE WHEN OPEN
- (5) TRANSPORTATION PROBLEMS GETTING TO OFFICE
- (6) COULDN'T GET THROUGH ON TELEPHONE
- (7) DIDN'T HAVE ALL THE PAPERS NEEDED TO ENROLL
- (8) PEOPLE AT APPLICATION OFFICE NOT HELPFUL
- (9) TOLD CHILD INELIGIBLE B/C INCOME TOO HIGH
- (10) QUESTIONS TOO PERSONAL
- (11) DON'T LIKE DOCS/PROVIDERS IN PLAN
- (12) GOT INSURANCE SOME OTHER WAY
- (13) OTHER _____ [RECORD VERBATIM RESPONSE]
- (96) DON'T KNOW
- (97) REFUSED THIS QUESTION

SECTION 11A. TELEPHONE LINE AND HOUSEHOLD INFORMATION

179

(NO DATA)

INTERVIEWER: LOOK ON FACE SHEET. WHAT IS LISTED AFTER “Telephone Line/HH information”? YES – SKIP TO #188 NO - CONTINUE

179a

(C11Q14)

次にお宅の電話番号について質問させて戴きます。お宅には
{AREA CODE AND TELEPHONE NUMBER CALLED}以外の電話番号がありますか。

- (1) YES
- (2) No [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #185 (C11Q20)]

180

C11Q15 (FAM.110)

2番目の番号は自宅用、ビジネス用、あるいはその両方ですか。

- (1) 自宅用のみ
- (2) ビジネス用のみ [SKIP TO #182 (C11Q17)]
- (3) 自宅とビジネス兼用)
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #185 (C11Q17)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #185 (C11Q17)]

181

(C11Q16)

2番目の番号はコンピューターまたはファックス用ですか。

- (1) YES
- (2) No
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED THIS QUESTION

182

(C11Q17)

お宅にはおっしゃた 2 つの番号以外に 3 つ目の電話番号がありますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #185 (C11Q20)]

183

(C11Q18)

3 つ目の番号は自宅用、ビジネス用、それとも両方に使われていますか。

- (1) 自宅用のみ
- (2) ビジネス用のみ [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (3) 自宅とビジネスの兼用
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #185 (C11Q20)]
- (7) REFUSED THIS QUESTION [SKIP TO #185 (C11Q20)]

184

(C11Q19)

3 つ目の番号はコンピューターまたはファックスのみのものですか。

- (1) YES
- (2) NO
- (6) DON'T KNOW
- (7) REFUSED

185

(C11Q20)

過去 12 ヶ月の間に 1 週間からそれ以上電話なしだったことがありますか。

- (1) YES
- (2) NO [SKIP TO #187 (C11Q22)]
- (6) DON'T KNOW [SKIP TO #187 (C11Q22)]
- (7) REFUSED [SKIP TO #187 (C11Q22)]

186a

(C11Q21_A)

過去 12 ヶ月に電話がなかったことが何ヶ月位ありましたか。

ENTER NUMBER _____

186b

(C11Q21)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DAYS | <input type="checkbox"/> YEAR(S) |
| <input type="checkbox"/> WEEK(S) | <input type="checkbox"/> DON'T KNOW |
| <input type="checkbox"/> MONTH(S) | <input type="checkbox"/> REFUSED THIS QUESTION |

187

(C11Q22)

あなたの郵便番号を教えてください。

_____ (00001-99995)

(99996) DON'T KNOW

(99997) REFUSED THIS QUESTION

188

(CWEND)

これで全ての質問が終わりました。Centers for Disease Control and Prevention に代わりまして、この調査に割いて戴いたお時間とお骨折りに対してお礼を申し上げます。この調査についての質問は私の上司、電話番号 1-800-290-1296 までお電話ください。調査参加者としての権利についての質問は Institutional Review Board の委員長、電話番号 1-800-223-8118 までお電話

ください。ご協力どうもありがとうございました。

[TERMINATE]