1、你有没有被诊断为结核病（TB）？你有没有必要接受治疗结核病（TB）？

2、您是否曾在工作或家中与已知患有结核病（TB）的人保持密切联系？

3、您是否因任何原因（包括精神病的重大手术或治疗）长期住院和/或接受过长时间的医疗治疗？

4、你是否患有心理健康问题，或者有没有受过精神健康问题？

5、你有没有被告知你是艾滋病毒阳性？

6、你有过乙肝或丙肝阳性血液检查吗？

7、过去5年你有或曾患过癌症吗？

8、你有高血糖/糖尿病吗？

9、您是否患有心脏问题，包括您出生时患有高血压或心脏疾病？

10、你有血液病吗？

11、你有膀胱或肾脏问题吗？

12、你是否有身体或智力残疾，使你难以独立行动（例如，四处走动或学习）或能够全职工作？

13、你或者你曾经沉迷于毒品或酒吗？

14、你正在服用任何处方药或药物（不包括口服避孕药，非处方药和天然补品）？如果是，请列出这些。

15、你怀孕了吗？（女性填写）