

B. Riwayat dan Gejala ISPA			
Apakah Responden dalam 14 hari (2 minggu) terakhir mengalami tanda-tanda berikut ini :			
7.	Batuk	1) Ya	2) Tidak
8.	Berdahak/berlendir	1) Ya	2) Tidak
9.	Pilek/hidung berlendir	1) Ya	2) Tidak
10.	Sesak Napas	1) Ya	2) Tidak
11.	Batuk terus menerus bersambungan	1) Ya	2) Tidak
12.	Nafas cepat disertai tarikan dinding dada kedalam (TDDK)	1) Ya	2) Tidak
13.	Nafas cepat tanpa TDDK	1) Ya	2) Tidak
14.	Telinga berat/nyeri	1) Ya	2) Tidak
15.	Suhu tubuh (diisi oleh peneliti)°C	
16.	Jika tidak ada, kapan terakhir mengalami gejala tersebut?	1) Satu bulan yang lalu 2) Dua bulan yang lalu 3) Tiga bulan yang lalu 4) Lebih dari tiga bulan yang lalu 5) Tidak tahu/lupa 6) Lainnya,	
C. Perilaku Merokok			
17.	Apakah Anda merokok?	1) Ya	2) Tidak
18.	Sudah berapa lama Anda merokok? Tahun	
19.	Berapa batang rokok yang Anda hisap rata-rata per hari? Batang/Hari	
20.	Apakah Anda pernah/sudah berhenti merokok? (Data Pendukung)	1) Ya	2) Tidak
21.	Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (Data Pendukung) Tahun	
D. Lingkungan Kamar (Diisi Peneliti)			
22.	Suhu °C	
23.	Kelembaban %	
24.	Pencahayaan Lux	

