

제 3 편 사망자등록

지난해 10 월 1 일부터 올해 9 월 30 일까지 세대성원중에 사망한 사람이 있습니까?

1. 예
2. 아니 ㉠ 조사끝내기

1.사망자의 이름은 무엇입니까?	_____ 개인번호 <input type="text"/>	_____ 개인번호 <input type="text"/>	_____ 개인번호 <input type="text"/>	_____ 개인번호 <input type="text"/>
2.사망자의 성별은 무엇입니까?	1 남 자 <input type="checkbox"/> 2 녀 자 <input type="checkbox"/>	1 남 자 <input type="checkbox"/> 2 녀 자 <input type="checkbox"/>	1 남 자 <input type="checkbox"/> 2 녀 자 <input type="checkbox"/>	1 남 자 <input type="checkbox"/> 2 녀 자 <input type="checkbox"/>
3.사망자의 생년월일은 언제입니까?	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>
4.언제 사망하였습니까?	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>	년 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/>
5.사망시 나이는 몇살입니까? (출생, 사망년월일을 보고 만나이를 쓰시오. 1 살미만은 《00》을 기입하십시오. 98 살이상은 《98》을 기입하십시오. 나이를 모르는 경우는 《99》를 기입하십시오.)	만 나 이 <input type="text"/> <input type="text"/>	만 나 이 <input type="text"/> <input type="text"/>	만 나 이 <input type="text"/> <input type="text"/>	만 나 이 <input type="text"/> <input type="text"/>

사망자중 15 살부터 49 살까지 여성 등록 (생년월일이 1958.10.1 ~ 1993.9.30 일까지의 여성)

6.임신중에 사망하였습니까?	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 3 모 름 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 3 모 름 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 3 모 름 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 3 모 름 <input type="checkbox"/>
7.류산 또는 류산후 42 일 이내에 사망하였습니까?	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 <input type="checkbox"/>	1 예 ㉠ ㉡ ㉢ 2 아 니 <input type="checkbox"/>
8.아니면 해산시 또는 산후 42 일 이내에 사망하였습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 질문 10 으로	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 질문 10 으로	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 질문 10 으로	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 질문 10 으로
9.어디서 사망하였습니까?	1 집 <input type="checkbox"/> 2 병원 <input type="checkbox"/> 3 기타 <input type="checkbox"/>	1 집 <input type="checkbox"/> 2 병원 <input type="checkbox"/> 3 기타 <input type="checkbox"/>	1 집 <input type="checkbox"/> 2 병원 <input type="checkbox"/> 3 기타 <input type="checkbox"/>	1 집 <input type="checkbox"/> 2 병원 <input type="checkbox"/> 3 기타 <input type="checkbox"/>
10.지난해 10 월 1 일부터 사망 당시까지 아이를 낳은 적이 있습니까? 낳았다면 남자와 여자를 각각 몇명 낳았습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 남 자 <input type="text"/> (계 _____) 녀 자 <input type="text"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 남 자 <input type="text"/> (계 _____) 녀 자 <input type="text"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 남 자 <input type="text"/> (계 _____) 녀 자 <input type="text"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 ㉠ ㉡ ㉢ 남 자 <input type="text"/> (계 _____) 녀 자 <input type="text"/>

질문서 총개수 _____ 개 중 _____ 번째

조사양식 2 인-㉠

주 체 97(2008)년

5 월 1 일

중 앙 통 계 국

제 정 제 252 호

조선민주주의인민공화국

2008 년 인구일제조사

질 문 서

2008 년 10 월 1 일 - 10 월 15 일

등록대상

주체97(2008)년 10월1일 0시 현재 인구일제조사를 진행하는 지역안에 살고있는 모든 주민들을 등록한다.

비밀담보

여기에 등록된 모든 개인자료들은 비밀이 엄격히 담보되며 통계기관에서 국가적목적에만 리용하게 된다.

조 사 지 역 주 소

도 조사구번호

시(구역),군 살림집번호

리(읍,구,동) 세대번호

세대주(혹은 집계생활단위)이름 _____ 인민반 _____ 호동 _____ 현관 _____ 층 _____ 호

제 1 편 세대 및 살림집등록

1.이 세대에 현재 살고있는 인구수가 모두 몇명입니까? (계 _____ 명) 남 자 <input type="text"/> <input type="text"/> 녀 자 <input type="text"/> <input type="text"/>	6.원거세대입니까? 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 <input type="checkbox"/>	11.어떤 위생실을 사용합니까? 1 수세식개인위생실 2 수세식공동위생실 3 재래식개인위생실 4 재래식공동위생실 5 없 음 <input type="checkbox"/>
2.세대류형 1 가정세대 <input type="checkbox"/> 2 집계생활단위 ㉠ ㉡ ㉢ 2편으로 가시오	7.살림집의 총면적은 얼마입니까? _____ m ² <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12.이 집이 어떤 난방체계입니까? 1 중앙 및 지역난방 2 전 기 난 방 3 전기난방과 함께 리용하는 다른 난방 4 가정용 석탄난방 <input type="checkbox"/> 5 가정용 나무난방 6 기 타
3.세대주의 직업은 무엇입니까? 1 로 동 자 } 질문 5로 2 사 무 원 } 3 농 장 원 } 4 사회보장,년로보장 <input type="checkbox"/> 5 부 양 6 학 생	8.살림방은 몇칸입니까? (전실제외) 1 1칸 <input type="checkbox"/> 2 2칸 3 3칸 4 4칸 혹은 그 이상	13.현재 주되는 난방형태는 무엇입니까? 1 중앙 및 지역난방 2 전 기 난 방 3 전기난방과 함께 리용하는 다른 난방 4 가정용 석탄난방 <input type="checkbox"/> 5 가정용 나무난방 6 기 타
4.세대주의 전직업은 무엇입니까? 1 로 동 자 2 사 무 원 3 농 장 원 4 협동농장원 5 협동조합원	9.집에 수도가 있습니까? 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 <input type="checkbox"/>	14.현재 주되는 취사용 연료는 무엇입니까? 1 전 기 2 가 스 3 석 유 4 석 탄 <input type="checkbox"/> 5 나 무 6 기 타
5.살림집이 어떤 형식입니까? 1 1동 1세대 2 1동 다세대 <input type="checkbox"/> 3 아 빠 트 4 기 타	10.현재 주되는 음료수원천은 무엇입니까? 1 집 안 수 도 2 공 동 수 도 3 쭉 쭉 4 보호막이 있는 우물 5 보호막이 있는 샘물 <input type="checkbox"/> 6 못, 강 7 기 타	

조사원 이름: _____ 수 표: _____

감독원 이름: _____ 수 표: _____

작성 날짜: 주체97(2008)년 10월 일

검토 날짜: 주체97(2008)년 10월 일

제 2 편 개인등록				
모 든 주 민 등 록	1.이름은 무엇입니까? (세대주부터 시작하여 등록하시오.)	개인번호 _____	개인번호 _____	
	2.여기에 거주되어 있습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>
	3.여기 거주가 아니라면 어디에 거주되어 있습니까? (리,읍,구,동의 명칭대로 쓰시오.)	_____도 _____군 _____리	_____도 _____군 _____리	_____도 _____군 _____리
	4.세대주와는 어떤 관계입니까?	1 세대주 <input type="checkbox"/> 2 배우자 <input type="checkbox"/> 3 자녀 <input type="checkbox"/> 4 손자녀 <input type="checkbox"/> 5 사위, 며느리 <input type="checkbox"/> 6 부모 (배우자의 부모) <input type="checkbox"/> 7 친척 <input type="checkbox"/> 8 기타 <input type="checkbox"/>	2 배우자 <input type="checkbox"/> 3 자녀 <input type="checkbox"/> 4 손자녀 <input type="checkbox"/> 5 사위, 며느리 <input type="checkbox"/> 6 부모 (배우자의 부모) <input type="checkbox"/> 7 친척 <input type="checkbox"/> 8 기타 <input type="checkbox"/>	2 배우자 <input type="checkbox"/> 3 자녀 <input type="checkbox"/> 4 손자녀 <input type="checkbox"/> 5 사위, 며느리 <input type="checkbox"/> 6 부모 (배우자의 부모) <input type="checkbox"/> 7 친척 <input type="checkbox"/> 8 기타 <input type="checkbox"/>
	5.성별은 무엇입니까?	1 남자 <input type="checkbox"/> 2 여자 <input type="checkbox"/>	1 남자 <input type="checkbox"/> 2 여자 <input type="checkbox"/>	1 남자 <input type="checkbox"/> 2 여자 <input type="checkbox"/>
	6.언제 태어났습니까? (출생년월을 보고 만이름 쓰시오. 출생년월을 모르는 경우는 근사한 나이를 적으시오.)	년 _____ 월 _____ 나이 _____	년 _____ 월 _____ 나이 _____	년 _____ 월 _____ 나이 _____
	7.어느 나라 민족입니까?	1 조선 <input type="checkbox"/> 2 기타 <input type="checkbox"/>	1 조선 <input type="checkbox"/> 2 기타 <input type="checkbox"/>	1 조선 <input type="checkbox"/> 2 기타 <input type="checkbox"/>
5 살 부 터 등 록	8.안경을 끼고도 시력장애가 있습니까?	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 볼수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 볼수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 볼수 없음 <input type="checkbox"/>
	9.청력장애가 있습니까?	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 들을수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 들을수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 들을수 없음 <input type="checkbox"/>
	10.걸기와 계단 오르내리기에서 장애가 있습니까?	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 걸을수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 걸을수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 걸을수 없음 <input type="checkbox"/>
	11.기억력과 집중력에서 장애가 있습니까?	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 기억,집중할수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 기억,집중할수 없음 <input type="checkbox"/>	1 없음 <input type="checkbox"/> 2 약한 장애 <input type="checkbox"/> 3 심한 장애 <input type="checkbox"/> 4 전혀 기억,집중할수 없음 <input type="checkbox"/>
	12.5년전 (2003년 9월 30일) 어디에 거주되어 있었습니까? (거주지가 <다른 곳>이면 5년전에 거주되어 있던 도와 군의 이름을 쓰고 읍,구,동 혹은 리에 표시하시오.)	1 여 기 <input type="checkbox"/> 2 다른 곳 _____도 _____군 _____읍,구,동 _____리	1 여 기 <input type="checkbox"/> 2 다른 곳 _____도 _____군 _____읍,구,동 _____리	1 여 기 <input type="checkbox"/> 2 다른 곳 _____도 _____군 _____읍,구,동 _____리
	13.간단한 글을 읽고 쓰고 리해할수 있습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>
	14.현재 유치원이나 학교에 다니고있습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> <small>질문 17로</small>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> <small>질문 17로</small>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> <small>질문 17로</small>
	15.어떤 학교에 다니고있습니까?	1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>	1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>	1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>
	16.주간입니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>

제 2 편 개인등록				
16 살 부 터 등 록	17.최종 어떤 학교를 졸업하였습니까?	0 안다 <input type="checkbox"/> 1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>	0 안다 <input type="checkbox"/> 1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>	0 안다 <input type="checkbox"/> 1 유치원 <input type="checkbox"/> 2 소학교 <input type="checkbox"/> 3 중학교 <input type="checkbox"/> 4 직업기술학교 <input type="checkbox"/> 5 전문학교 <input type="checkbox"/> 6 대학 <input type="checkbox"/> 7 박사원 <input type="checkbox"/>
	1. (이름과 개인번호를 써넣으시오.)	개인번호 _____	개인번호 _____	개인번호 _____
	18.어떤 자격을 가지고있습니까?	1 기사 <input type="checkbox"/> 2 기사 <input type="checkbox"/> 3 전문가 <input type="checkbox"/> 4 중등전문가 <input type="checkbox"/>	1 기사 <input type="checkbox"/> 2 기사 <input type="checkbox"/> 3 전문가 <input type="checkbox"/> 4 중등전문가 <input type="checkbox"/>	1 기사 <input type="checkbox"/> 2 기사 <input type="checkbox"/> 3 전문가 <input type="checkbox"/> 4 중등전문가 <input type="checkbox"/>
	19.어느 학교(대학), 어느 학과를 나왔습니까?	학교: _____ 학과: _____	학교: _____ 학과: _____	학교: _____ 학과: _____
	20.주간 졸업입니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>
	21.지난 6개월동안에 일상 적으로 무엇을 했습니까?	1 일함 <input type="checkbox"/> 2 공부 <input type="checkbox"/> 3 로동능력상실 <input type="checkbox"/> 4 년로보장 <input type="checkbox"/> 5 가정일 <input type="checkbox"/> 6 아무것도 안함 <input type="checkbox"/>	1 일함 <input type="checkbox"/> 2 공부 <input type="checkbox"/> 3 로동능력상실 <input type="checkbox"/> 4 년로보장 <input type="checkbox"/> 5 가정일 <input type="checkbox"/> 6 아무것도 안함 <input type="checkbox"/>	1 일함 <input type="checkbox"/> 2 공부 <input type="checkbox"/> 3 로동능력상실 <input type="checkbox"/> 4 년로보장 <input type="checkbox"/> 5 가정일 <input type="checkbox"/> 6 아무것도 안함 <input type="checkbox"/>
	22.지난 6개월동안 가정자체 소비를 위해 다음과 같은 일을 했습니까? ㄱ. 터밭가꾸기 ㄴ. 집집승기르기/물고기잡이 ㄷ. 딸감구입 및 가공 ㄹ. 물김기 ㅁ. 수공품만들기 ㅂ. 기타	ㄱ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄴ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄷ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄹ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅁ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅂ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	ㄱ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄴ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄷ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄹ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅁ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅂ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>	ㄱ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄴ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄷ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㄹ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅁ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/> ㅂ. 1 예 <input type="checkbox"/> 2 아니 <input type="checkbox"/>
	23.지난주 이러한 일들을 하는데 하루 평균 몇시간 소비했습니까?	1. 없음 <input type="checkbox"/> 2. 1시간 미만 <input type="checkbox"/> 3. 1-3시간 <input type="checkbox"/> 4. 4-6시간 <input type="checkbox"/> 5. 7-8시간 <input type="checkbox"/> 6. 9시간 이상 <input type="checkbox"/>	1. 없음 <input type="checkbox"/> 2. 1시간 미만 <input type="checkbox"/> 3. 1-3시간 <input type="checkbox"/> 4. 4-6시간 <input type="checkbox"/> 5. 7-8시간 <input type="checkbox"/> 6. 9시간 이상 <input type="checkbox"/>	1. 없음 <input type="checkbox"/> 2. 1시간 미만 <input type="checkbox"/> 3. 1-3시간 <input type="checkbox"/> 4. 4-6시간 <input type="checkbox"/> 5. 7-8시간 <input type="checkbox"/> 6. 9시간 이상 <input type="checkbox"/>
	질문 21에서 《일함》인 경우: 24.어느 기관, 기업소에 다니고 있습니까? 그 기관, 기업소는 기본 어떤 활동이나 생산을 하고있습니까?	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
	25.구체적으로 무슨 일을 합니까? (직제직종을 쓰시오.)	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
	26.직업은 무엇입니까?	1 로동자 <input type="checkbox"/> 2 사무원 <input type="checkbox"/> 3 농장원 <input type="checkbox"/>	1 로동자 <input type="checkbox"/> 2 사무원 <input type="checkbox"/> 3 농장원 <input type="checkbox"/>	1 로동자 <input type="checkbox"/> 2 사무원 <input type="checkbox"/> 3 농장원 <input type="checkbox"/>
	27.결혼상태는 어떻습니까?	1 미혼 <input type="checkbox"/> 2 결혼 <input type="checkbox"/> 3 리혼 <input type="checkbox"/> 4 배우자사망 <input type="checkbox"/>	1 미혼 <input type="checkbox"/> 2 결혼 <input type="checkbox"/> 3 리혼 <input type="checkbox"/> 4 배우자사망 <input type="checkbox"/>	1 미혼 <input type="checkbox"/> 2 결혼 <input type="checkbox"/> 3 리혼 <input type="checkbox"/> 4 배우자사망 <input type="checkbox"/>

28. 첫결혼은 몇살에 했습니까?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------

여자 15살 ↓ 49살 등록	29. 지난해 10.1-올해 9.30 일까지 1 년동안에 아이를 낳은적이 있습니까? 낳았다면 남자와 여자를 각각 몇명 낳았습니까?	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 죄 다음사람 남 자 <input type="checkbox"/> (계 _____) 녀 자 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 죄 다음사람 남 자 <input type="checkbox"/> (계 _____) 녀 자 <input type="checkbox"/>	1 예 <input type="checkbox"/> 2 아 니 죄 다음사람 남 자 <input type="checkbox"/> (계 _____) 녀 자 <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	--	--	--

CPF-2
Date of issue:
1 May 2008
CBS No: 252

Democratic People's Republic of Korea

**2008 Population Census
Questionnaire**

Persons to be enumerated

All Korean citizens in census area who are alive as of 00:01 AM, 1st of October, 2008 will be enumerated.

Confidentiality

All information recorded in this form will be held in strict confidence and will be used only for statistical purposes.

GEOGRAPHIC IDENTIFICATION

Province _____ Enumeration Area No

City(District) / County _____ Dwelling Unit Serial No.

Ri (Up /Gu /Dong) _____ Household Serial No.

Name of Household Head(Institutional Unit) _____ People's Cluster No. ___ Floor ___ No.

MODULE 1 HOUSEHOLD AND DWELLING UNIT INFORMATION

<p>H1 How many are the members of this household? (Total ___) Male <input type="text"/> <input type="text"/> Female <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>H2 Type of Household 1 Household <input type="checkbox"/> 2 Institutional Living Quarter (Go to Module 2)</p> <p>H3 What is the class of labor of head of this household? 1 Worker } 2 Officer } Go to H5 <input type="checkbox"/> 3 Farmer } 4 Unable to work due to sickness/retired 5 Household keeper 6 Student</p> <p>H4 What is the previous class of labor of head of this household? 1 Worker <input type="checkbox"/> 2 Officer 3 Farmer 4 Cooperative farmer 6 Cooperative worker</p> <p>H5 What type of dwelling does this household occupy? 1 Single detached house <input type="checkbox"/> 2 Row house 3 Apartment building 4 Others</p>	<p>H6 Does this household have the first right to occupancy of this dwelling unit? 1 Yes <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p>H7 What is the total floor area of this dwelling unit? ___ m² <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>H8 How many rooms are there in this dwelling unit? (Exclude sitting room, Kitchen) 1 One room <input type="checkbox"/> 2 Two rooms 3 Three rooms 4 Four or more rooms</p> <p>H9 Is there a water tap in this dwelling unit? 1 Yes <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p>H10 What is the source of water supply for your household? 1 Piped water into dwelling unit <input type="checkbox"/> 2 Public tap 3 Tube well/borehole with pump 4 Protected waterhole 5 Protected spring 6 Lake, river 7 Others</p>	<p>H11 What kind of toilet facility does your household have access to? 1 Flush toilet, private <input type="checkbox"/> 2 Flush toilet, shared 3 Pit latrine, private 4 Pit latrine, shared 5 No facility</p> <p>H12 What heating system is established in your household? 1 Central or local heating system 2 Electric heating system 3 Electric heating system with others 4 Coal boiler or Briquette hole in this dwelling unit <input type="checkbox"/> 5 Wood hole in this dwelling unit 6 Others</p> <p>H13 What heating system is used by your household? 1 Central or local heating system 2 Electric heating system 3 Electric heating system with others 4 Coal boiler or Briquette hole in this dwelling unit 5 Wood hole in this dwelling unit <input type="checkbox"/> 6 Others</p> <p>H14 Which fuel is used for cooking? 1 Electricity 2 Gas 3 Petroleum 4 Coal 5 Wood <input type="checkbox"/> 6 Others</p>
---	---	--

Enumerator's Name: _____
Signature: _____
Date: _____

Supervisor's Name: _____
Signature: _____
Date: _____

MODULE 2 PERSON INFORMATION

FOR ALL PERSONS	P1 Who are usual members of this household? <i>(Start with the head of household)</i>	Serial No. <input type="text"/> <input type="text"/>	Serial No. <input type="text"/> <input type="text"/>	Serial No. <input type="text"/> <input type="text"/>
	P2 Is ___ currently Registered with this household?	1 Yes → P4 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes → P4 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes → P4 2 No <input type="checkbox"/>
	P3 If NO, where is ___ currently registered? <i>(Write correctly the name of Ri/Up/Gu/Dong)</i>	___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> ___ Ri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> ___ Ri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> ___ Ri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	P4 What is ___'s relationship to head of the household?	1 Head 2 Spouse 3 Children 4 Grandchildren 5 Son-in-law/Daughter-in-law 6 Parent <input type="checkbox"/> 7 Relative 8 Others	2 Spouse 3 Children 4 Grandchildren 5 Son-in-law/Daughter-in-law 6 Parent <input type="checkbox"/> 7 Relative 8 Others	2 Spouse 3 Children 4 Grandchildren 5 Son-in-law/Daughter-in-law 6 Parent <input type="checkbox"/> 7 Relative 8 Others
	P5 Is ___ male or female?	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>
	P6 When was ___ born? How old was he/she at his last birthday? <i>(Enter age in completed years)</i>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Age <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Age <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Age <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	P7 What is ___'s nationality?	1 Korean 2 Others <input type="checkbox"/>	1 Korean 2 Others <input type="checkbox"/>	1 Korean 2 Others <input type="checkbox"/>
FOR PERSONS 5 YEARS OLD AND OVER	P8 Does ___ have difficulty seeing even if wearing glasses?	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>
	P9 Does ___ have difficulty hearing?	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>
	P10 Does ___ have difficulty walking or climbing stairs?	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>
	P11 Does ___ have difficulty remembering or concentrating?	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>	1 No difficulty 2 Yes- some difficulty 3 Yes- a lot of difficulty 4 Cannot do at all <input type="checkbox"/>
	P12 In which province did ___ reside 5 years ago <i>(30 September 2003)?</i> <i>(If different from current residence, enter name of province, county and whether it was up/gu/dong or a ri)</i>	1 Same place → P13 <input type="checkbox"/> 2 Other place ___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Up/Gu/Dong <input type="checkbox"/> 2 Ri	1 Same place → P13 <input type="checkbox"/> 2 Other place ___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Up/Gu/Dong <input type="checkbox"/> 2 Ri	1 Same place → P13 <input type="checkbox"/> 2 Other place ___ Province <input type="text"/> <input type="text"/> ___ County <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Up/Gu/Dong <input type="checkbox"/> 2 Ri
	P13 Can ___ read and write a simple message with understanding?	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>
	P14 Is ___ attending pre-school or school?	1 Yes 2 No → P17 <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No → P17 <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No → P17 <input type="checkbox"/>
	P15 What level of schooling is ___ presently attending?	1 Pre-School 2 Primary 3 Secondary P17 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>	1 Pre-School 2 Primary 3 Secondary P17 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>	1 Pre-School 2 Primary 3 Secondary P17 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>
	P16 Is ___ attending a regular academic curriculum?	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>	1 Yes 2 No <input type="checkbox"/>
	P17 What is ___'s highest level of education?	0 None 1 Pre-School 2 Primary P21 3 Secondary 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>	0 None 1 Pre-School 2 Primary P21 3 Secondary 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>	0 None 1 Pre-School 2 Primary P21 3 Secondary 4 Post Secondary(<3yrs) 5 Post Secondary(3yrs) 6 Tertiary 7 Advanced Tertiary <input type="checkbox"/>

MODULE 2 PERSON INFORMATION

	P1 (Insert name and serial number)	Serial No. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Serial No. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Serial No. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
FOR PERSONS 16 YEARS OLD AND OVER	P18 What kind of educational certificate did ____ receive?	1 Engineer 2 Asst. Engineer 3 Specialist 4 Jr. Specialist <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Engineer 2 Asst. Engineer 3 Specialist 4 Jr. Specialist <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Engineer 2 Asst. Engineer 3 Specialist 4 Jr. Specialist <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	P19 From which school or university did ____ graduate?	_____ school/university _____ field of study <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ school/university _____ field of study <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ school/university _____ field of study <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	P20 Did ____ attain the qualification through full time study?	1 Yes <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Yes <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Yes <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	P21 What has been ____'s usual activity during the last 6 months?	1 Working 2 Studying 3 Incapacitated 4 Retired 5 Doing Housework 6 Doing nothing <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Working 2 Studying 3 Incapacitated 4 Retired 5 Doing Housework 6 Doing nothing <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Working 2 Studying 3 Incapacitated 4 Retired 5 Doing Housework 6 Doing nothing <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	P22 Does ____ usually do any of the following mainly for own consumption during the last 6 months? a. fruit/vegetable gardening b. fishing/ raising livestock /poultry c. gathering firewood d. fetching water e. making handicraft f. Others	a. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> b. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> c. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> d. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> e. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> f. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	a. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> b. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> c. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> d. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> e. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> f. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	a. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> b. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> c. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> d. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> e. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> f. 1 Yes 2 No <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	P23 On average, how many hours a day did ____ spend doing these activities during the last week?	1 None 2 < 1 hour 3 1 – 3 4 4 – 6 5 7 – 8 6 9 and more <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <i>If P21 is not 1, go to P27</i>	1 None 2 < 1 hour 3 1 – 3 4 4 – 6 5 7 – 8 6 9 and more <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <i>If P21 is not 1, go to P27</i>	1 None 2 < 1 hour 3 1 – 3 4 4 – 6 5 7 – 8 6 9 and more <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <i>If P21 is not 1, go to P27</i>
	<i>If 'Working' in P21:</i> P24 a) What is the name of establishment / enterprise where ____ works? b) What kind of industry is that establishment / enterprise ? <i>(Describe the main products or activities of that establishment)</i>	_____ (establishment/enterprise) _____ (Industry) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ (establishment/enterprise) _____ (Industry) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ (establishment/enterprise) _____ (Industry) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	P25 What is ____'s occupation? <i>(Describe the position or type of work this person does)</i>	_____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	P26 What is ____'s class of labor?	1 Worker 2 Officer 3 Farmer <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Worker 2 Officer 3 Farmer <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Worker 2 Officer 3 Farmer <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	P27 What is ____'s marital status?	1 Single 2 Married 3 Divorced 4 Widowed <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Single 2 Married 3 Divorced 4 Widowed <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 Single 2 Married 3 Divorced 4 Widowed <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
P28 What was ____'s age when he/she married for the first time?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
FOR FEMALE 15-49 YEARS	P29 Did ____ have a live birth during the past year, that is, from 1 Oct 2007 to 30 Sept 2008?	1 YES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 NO →Next Person <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 YES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 NO →Next Person <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1 YES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 NO →Next Person <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	If "Yes", how many male/female children did ____ give birth during that period?	Male <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (Total____) Female <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Male <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (Total____) Female <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Male <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (Total____) Female <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

MODULE 3 MORTALITY

Did any member of this household die during the period 1 Oct. 2007 to 30 Sept. 2008?

1 YES

2 NO → (Thank the respondent and end the interview for this household)

M1 What was/were the name(s) of the household member(s) who died?	Serial No <input type="text"/>	Serial No <input type="text"/>	Serial No <input type="text"/>	Serial No <input type="text"/>
M2 Sex	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>	1 Male 2 Female <input type="checkbox"/>
M3 When was _____ born?	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Day <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Day <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Day <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month <input type="text"/> <input type="text"/> Day <input type="text"/> <input type="text"/>
M4 When did _____ die?	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M5 How old was _____ when he/she died? <i>Enter '00' if less than 1 year, '98' if over than 98 years, '99' if age is not known</i>	Completed age <input type="text"/> <input type="text"/>	Completed age <input type="text"/> <input type="text"/>	Completed age <input type="text"/> <input type="text"/>	Completed age <input type="text"/> <input type="text"/>

For female members who died between ages 15 and 49: (Born during the period 1 Oct. 1958 to 30 Sept. 1993)

M6 Was _____ pregnant at the time of her death?	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/> 3 NOT SURE	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/> 3 NOT SURE	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/> 3 NOT SURE	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/> 3 NOT SURE
M7 Did _____ die while having abortion or miscarriage or within 42 days of having abortion/miscarriage?	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/>	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/>	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/>	1 YES → M9 2 NO <input type="checkbox"/>
M8 Did _____ die while giving birth or within 42 days of giving birth?	1 YES 2 NO → M10 <input type="checkbox"/>	1 YES 2 NO → M10	1 YES 2 NO → M10	1 YES 2 NO → M10
M9 Where did _____ die?	1 Home 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Others	1 Home 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Others	1 Home 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Others	1 Home 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Others
M10 Did she have a live birth anytime between 1 Oct. 2007 and the time of death? If "Yes", How many male and female children did she give birth at that time?	1 YES <input type="checkbox"/> 2 NO → Next Person Male <input type="checkbox"/> (Total____) Female <input type="checkbox"/>	1 YES <input type="checkbox"/> 2 NO → Next Person Male <input type="checkbox"/> (Total____) Female <input type="checkbox"/>	1 YES <input type="checkbox"/> 2 NO → Next Person Male <input type="checkbox"/> (Total____) Female <input type="checkbox"/>	1 YES <input type="checkbox"/> 2 NO → Next Person Male <input type="checkbox"/> (Total____) Female <input type="checkbox"/>