

この調査票は見本のため、使用できません。

平成24年度

0000000000

県民健康管理調査 こころの健康度・生活習慣に関する調査 調査票(0歳～3歳用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 25 年 ____ 月 ____ 日

回答していただく方はどなたですか。

1 母親 2 父親 3 祖父母 4 その他 (_____)

お子様のご氏名： _____
ふりがな

性別： 1 男 2 女

保護者のご氏名： _____ (続柄： _____)

お子様の生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

現在の住所： 上記の住所と同じ (記載省略可)

〒 _____ - _____

_____ 都・道 市・区 区・町
_____ 府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号 _____

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。

電話番号：(_____) _____ - _____ (_____ 様方)

携帯番号： _____ - _____ - _____

福 島 県
福島県立医科大学

この調査票は見本のため、使用できません。

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のお子様の健康状態はいかがですか。

- 1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. お子様の現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

問3. 現在、お子様が治療中の病気はありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある →
- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 - 2 アレルギー性鼻炎 3 アトピー性皮膚炎
 - 4 1～3以外のアレルギー性疾患
 - 5 風邪 6 インフルエンザ
 - 7 中耳炎 8 副鼻腔炎・蓄膿症
 - 9 歯科疾患（虫歯・矯正・口唇口蓋裂など）
 - 10 てんかん
 - 11 ADHD（注意欠陥多動性障害）
 - 12 その他（具体的な病名）
- (_____)

問4. お子様は、これまでに病気で入院したことがあるかどうか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある →
- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 - 2 肺炎（急性肺炎・気管支肺炎）
 - 3 マイコプラズマ肺炎
 - 4 RSウイルス感染症（RSウイルス肺炎）
 - 5 風邪 6 気管支炎（急性気管支炎）
 - 7 インフルエンザ 8 胃腸炎（急性胃腸炎）
 - 9 ロタウイルス感染症
 - 10 熱性けいれん 11 川崎病
 - 12 鼠径ヘルニア（脱腸）
 - 13 その他（具体的な病名）
- (_____)

この調査票は見本のため、使用できません。

問5. お子様は、今までに次の検査を受けたことがありますか。

1) CT検査（中央に空洞のある大きな装置を使う検査です。検査中に大きな音のするMRIと違って静かな検査です）

- ₁ ない
 ₂ ある
 ₃ わからない

2) その他、X線を使った検査

（例）透視検査、血管造影、核医学検査（シンチグラフィ検査）

- ₁ ない
 ₂ ある
 ₃ わからない

₁ 透視検査 ₂ 血管造影 ₃ 核医学検査

問6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法を受けたことがありますか。

- ₁ ない ₂ ある
 ₃ わからない

何のご病気でしたか？

いつ頃でしたか？

() 歳 () カ月頃

() 歳 () カ月頃

() 歳 () カ月頃

複数ある方は、
それぞれについて
お答えください。

問7. お子様の、睡眠についてお尋ねします。

1) お子様がつつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。（24時間表記でご記入ください。数字は右詰めで記入してください。（例）午後7時→:時、午前7時→:時）

寝る時刻 :時頃

起きる時刻 :時頃

2) お子様はお昼寝をしますか。

₁ いいえ ₂ はい およそ 時間 分くらい

**問8. 対象のお子様は2歳以上の方に伺います。
お子様は普段、運動をどのくらいしていますか。**

- ₁ ほとんど毎日している ₂ 週に2～4回している
 ₃ 週1回程度している ₄ ほとんどしていない

この調査票は見本のため、使用できません。

問9. 現在の、お子様の食生活についてお尋ねします。

1) お子様は母乳を飲んでいますか。

はい いいえ

2) **対象のお子様は1歳以上の方に伺います。**

現在の食生活に関して、次の食品（飲料）および朝食はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？

食品（飲料）の種類		食べる（飲む）頻度					
		食べない	週に1回未満	週に1-2回	週に3-4回	週に5-6回	毎日
ごはん（お米）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
魚料理（刺身、焼き魚、煮魚、フライ等）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉類	とり肉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	牛肉、豚肉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハム、ソーセージ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
野菜	緑の葉の野菜 （ほうれん草、小松菜、にら等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	赤や黄色の野菜 （トマト、にんじん、かぼちゃ等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	淡色野菜 （白菜、キャベツ、大根等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	野菜ジュース	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果物	くだもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	果物ジュース	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大豆	納豆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	味噌汁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	とうふ料理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	煮豆料理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牛乳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豆乳（とくにゆう）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヨーグルト、乳酸菌飲料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝食		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

問 10. 育児に自信がもてないことがありますか？

はい いいえ 何ともいえない

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

見本

裏面にお進みください。

この調査票は見本のため、使用できません。

対象のお子様は平成23年3月11日までに生まれた方に伺います。
福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。お子様の基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？（当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなた及びお子様の不利益になる事はありません）

はい いいえ

↓
「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

お子様の基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

はい いいえ

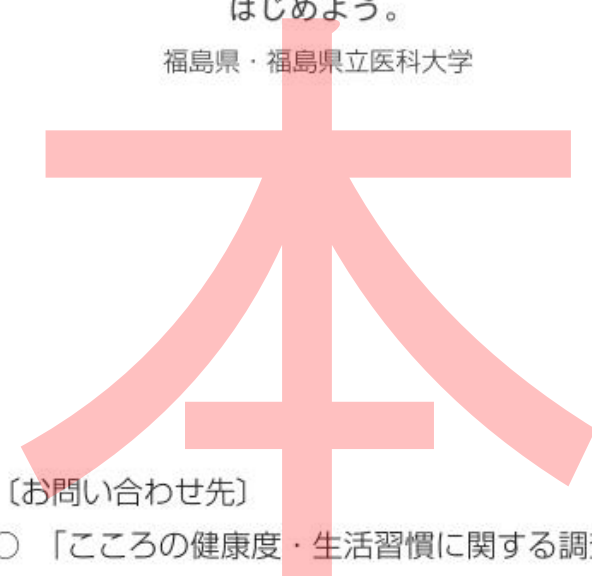
これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。



ふくしまから
はじめよう。

福島県・福島県立医科大学



【お問い合わせ先】

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))

この調査票は見本のため、使用できません。

平成24年度

0000000000

県民健康管理調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票(4歳～6歳用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 25 年 ____ 月 ____ 日

回答していただく方はどなたですか。

1 母親 2 父親 3 祖父母 4 その他 (_____)

ふりがな
お子様のご氏名： _____

性別： 1 男 2 女

保護者のご氏名： _____ (続柄： _____)

お子様の生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

現在の住所： 上記の住所と同じ (記載省略可)

〒 _____ - _____

都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号 _____

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。

電話番号：(_____) _____ - _____ (_____ 様方)

携帯番号： _____ - _____ - _____

福 島 県
福島県立医科大学

この調査票は見本のため、使用できません。

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のお子様の健康状態はいかがですか。

- 1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. お子様の現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

問3. 現在、お子様が治療中の病気はありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある

- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 2 アレルギー性鼻炎 3 アトピー性皮膚炎
 4 1-3以外のアレルギー性疾患
 5 風邪 6 インフルエンザ
 7 中耳炎 8 副鼻腔炎・蓄膿症
 9 歯科疾患（虫歯・矯正・口唇口蓋裂など）
 10 てんかん
 11 ADHD（注意欠陥多動性障害）
 12 その他（具体的な病名）

(_____)

問4. お子様は、これまでに病気で入院したことがあるですか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある

- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 2 肺炎（急性肺炎・気管支肺炎）
 3 マイコプラズマ肺炎
 4 RSウイルス感染症（RSウイルス肺炎）
 5 風邪 6 気管支炎（急性気管支炎）
 7 インフルエンザ 8 胃腸炎（急性胃腸炎）
 9 ロタウイルス感染症
 10 熱性けいれん 11 川崎病
 12 鼠径ヘルニア（脱腸）
 13 その他（具体的な病名）

(_____)

この調査票は見本のため、使用できません。

問5. お子様は、今までに次の検査を受けたことがありますか。

1) CT検査（中央に空洞のある大きな装置を使う検査です。検査中に大きな音のするMRIと違って静かな検査です）

- ₁ ない
₂ ある
₃ わからない

2) その他、X線を使った検査

（例）透視検査、血管造影、核医学検査（シンチグラフィ検査）

- ₁ ない
₂ ある
₃ わからない

₁ 透視検査 ₂ 血管造影 ₃ 核医学検査

問6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法を受けたことがありますか。

- ₁ ない ₂ ある
₃ わからない

何のご病気でしたか？ いつ頃でしたか？

(_____) [] 歳 [] カ月頃

(_____) [] 歳 [] カ月頃

(_____) [] 歳 [] カ月頃

複数ある方は、
それぞれについて
お答えください。

問7. お子様の、睡眠についてお尋ねします。

1) お子様はふつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。（24時間表記でご記入ください。

数字は右詰めで記入してください。（例）午後7時→ [1:9] 時、午前7時→ [7:7] 時）

寝る時刻 [] 時頃

起きる時刻 [] 時頃

2) お子様はお昼寝をしますか。

- ₁ いいえ ₂ はい およそ [] 時間 [] 分くらい

問8. お子様は普段、運動をどのくらいしていますか。

- ₁ ほとんど毎日している ₂ 週に2～4回している
₃ 週1回程度している ₄ ほとんどしていない

この調査票は見本のため、使用できません。

問9. お子様の食生活についてお尋ねします。現在の食生活に関して、次の食品(飲料)および朝食はどれくらいの頻度で食べますか(飲みますか)?

食品(飲料)の種類		食べる(飲む)頻度					
		食べない	週に1回未満	週に1-2回	週に3-4回	週に5-6回	毎日
ごはん(お米)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
パン		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
魚料理(刺身、焼き魚、煮魚、フライ等)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
肉類	とり肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	牛肉、豚肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	ハム、ソーセージ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
野菜	緑の葉の野菜 (ほうれん草、小松菜、にら等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	赤や黄色の野菜 (トマト、にんじん、かぼちゃ等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	淡色野菜 (白菜、キャベツ、大根等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	野菜ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
果物	くだもの	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	果物ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
大豆	納豆	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	味噌汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	とうふ料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	煮豆料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
牛乳		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
豆乳(とうにゅう)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ヨーグルト、乳酸菌飲料		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
朝食		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

問 10. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください（例：☑）。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからし
いと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

あなたのお子様のここ半年くらいの行動についてお答えください。

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
1 他人の気持ちをよく気づかう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 おちつきがなく、長い間じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうったえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 他の子どもたちと、よく分け合う（おやつ・おもちゃ・鉛筆など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 カットなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 素直で、だいたい大人のいうことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 他の子どもたちから、だいたい好かれていようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 すぐに気が散りやすく、注意を集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 年下の子どもたちに対してやさしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よくうそをついたり、ごまかしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 自分からすすんでよく他人を手伝う（親・先生・子どもたちなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 よく考えてから行動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 家や学校、その他から物を盗んだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 こわがりで、すぐにおびえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ものごとを最後までやりとげ、集中力もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

見

福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。お子様の基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？（当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなた及びお子様の不利益になる事はありません）

はい いいえ

↓
「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

お子様の基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

はい いいえ

本

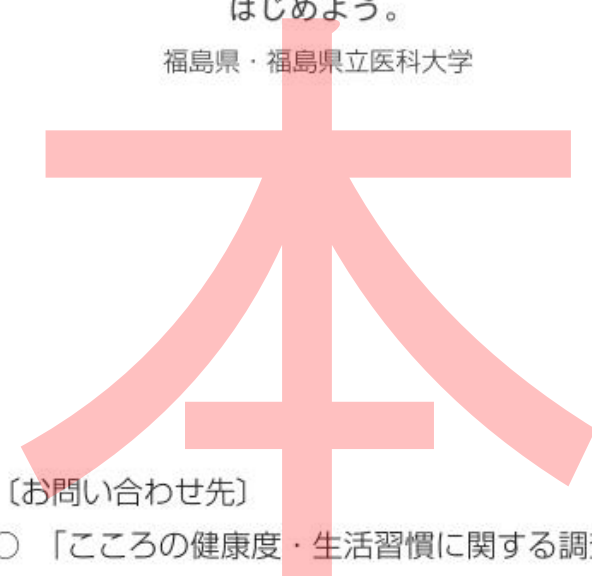
これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。



ふくしまから
はじめよう。

福島県・福島県立医科大学



【お問い合わせ先】

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))

この調査票は見本のため、使用できません。

平成24年度

0000000000

県民健康管理調査 こころの健康度・生活習慣に関する調査 調査票(小学生用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 25 年 ____ 月 ____ 日

回答していただく方はどなたですか。

1 母親 2 父親 3 祖父母 4 その他 (_____)

お子様のご氏名： _____
ふりがな

性別： 1 男 2 女

保護者のご氏名： _____ (続柄： _____)

お子様の生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

現在の住所： 上記の住所と同じ (記載省略可)

〒 _____ - _____

_____ 都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号 _____

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。

電話番号：(_____) _____ - _____ (_____ 様方)

携帯番号： _____ - _____ - _____

福 島 県
福島県立医科大学

この調査票は見本のため、使用できません。

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のお子様の健康状態はいかがですか。

- ₁ きわめて良好 ₂ 良好 ₃ 普通 ₄ 悪い ₅ きわめて悪い

問2. お子様の現在の身長と体重をご記入ください。

身長 . cm 体重 . kg

問3. 現在、お子様が治療中の病気はありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- ₁ ない ₂ ある →

- ₁ 喘息（小児喘息・気管支喘息）
- ₂ アレルギー性鼻炎 ₃ アトピー性皮膚炎
- ₄ 1-3以外のアレルギー性疾患
- ₅ 風邪 ₆ インフルエンザ
- ₇ 中耳炎 ₈ 副鼻腔炎・蓄膿症
- ₉ 歯科疾患（虫歯・矯正・口唇口蓋裂など）
- ₁₀ てんかん
- ₁₁ ADHD（注意欠陥多動性障害）
- ₁₂ その他（具体的な病名）

(_____)

問4. お子様は、これまでに病気で入院したことがありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- ₁ ない ₂ ある →

- ₁ 喘息（小児喘息・気管支喘息）
- ₂ 肺炎（急性肺炎・気管支肺炎）
- ₃ マイコプラズマ肺炎
- ₄ RSウイルス感染症（RSウイルス肺炎）
- ₅ 風邪 ₆ 気管支炎（急性気管支炎）
- ₇ インフルエンザ ₈ 胃腸炎（急性胃腸炎）
- ₉ ロタウイルス感染症
- ₁₀ 熱性けいれん ₁₁ 川崎病
- ₁₂ 鼠径ヘルニア（脱腸）
- ₁₃ その他（具体的な病名）

(_____)

問5. お子様は、今までに次の検査を受けたことがありますか。

1) CT検査（中央に空洞のある大きな装置を使う検査です。検査中に大きな音のするMRIと違って静かな検査です）

- ₁ ない
 ₂ ある
 ₃ わからない

2) その他、X線を使った検査

(例) 透視検査、血管造影、核医学検査（シンチグラフィ検査）

- ₁ ない
 ₂ ある
 ₃ わからない

<input type="checkbox"/> ₁ 透視検査	<input type="checkbox"/> ₂ 血管造影	<input type="checkbox"/> ₃ 核医学検査
--	--	---

問6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法を受けたことがありますか。

- ₁ ない ₂ ある
 ₃ わからない

何のご病気でしたか？ いつ頃でしたか？

()	() 歳	() ヵ月頃
()	() 歳	() ヵ月頃
()	() 歳	() ヵ月頃

複数ある方は、それぞれについてお答えください。

問7. お子様は、ふつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。

24時間表記でご記入ください。数字は右詰めで記入してください。

(例) 午後7時 → : 時、 午前7時 → : 時

寝る時刻 : 時頃 起きる時刻 : 時頃

**問8. お子様は普段、体育の授業以外に運動をどのくらいしていますか。
(クラブ活動・スポーツ関連の習い事など)**

- ₁ ほとんど毎日している ₂ 週に2～4回している
 ₃ 週1回程度している ₄ ほとんどしていない

この調査票は見本のため、使用できません。

問9. お子様の食生活についてお尋ねします。現在の食生活に関して、次の食品(飲料)および朝食はどれくらいの頻度で食べますか(飲みますか)?

食品(飲料)の種類		食べる(飲む)頻度					
		食べない	週に1回未満	週に1-2回	週に3-4回	週に5-6回	毎日
ごはん(お米)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
パン		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
魚料理(刺身、焼き魚、煮魚、フライ等)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
肉類	とり肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	牛肉、豚肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	ハム、ソーセージ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
野菜	緑の葉の野菜 (ほうれん草、小松菜、にら等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	赤や黄色の野菜 (トマト、にんじん、かぼちゃ等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	淡色野菜 (白菜、キャベツ、大根等)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	野菜ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
果物	くだもの	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	果物ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
大豆	納豆	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	味噌汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	とうふ料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	煮豆料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
牛乳		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
豆乳(とうにゅう)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ヨーグルト、乳酸菌飲料		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
朝食		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

問 10. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください（例：☑）。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

あなたのお子様のここ半年くらいの行動についてお答えください。

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
1 他人の気持ちをよく気づかう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 おちつきがなく、長い間じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうったえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 他の子どもたちと、よく分け合う（おやつ・おもちゃ・鉛筆など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 カットとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 一人であるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 素直で、だいたいは大人のいうことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 他の子どもたちから、だいたいは好かれていようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 すぐに気が散りやすく、注意を集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 年下の子どもたちに対してやさしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よくうそをついたり、ごまかしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 自分からすすんでよく他人を手伝う（親・先生・子どもたちなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 よく考えてから行動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 家や学校、その他から物を盗んだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 こわがりで、すぐにおびえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ものごとを最後までやりとげ、集中力もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

見

福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。お子様の基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？（当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなた及びお子様の不利益になる事はありません）

はい いいえ

↓
「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

お子様の基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

はい いいえ

本

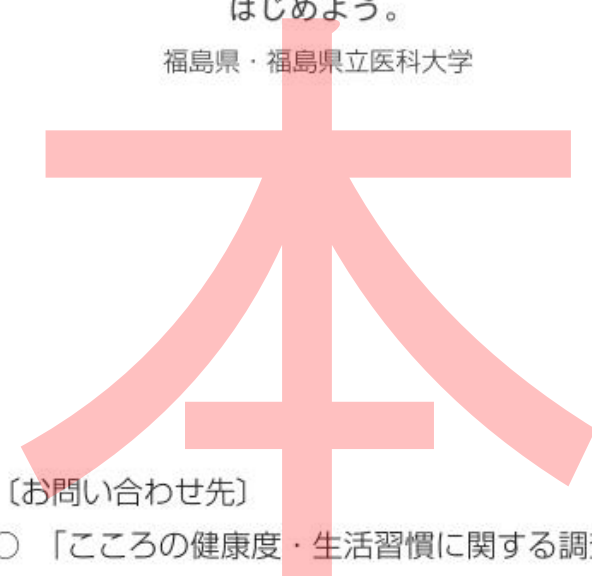
これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。



ふくしまから
はじめよう。

福島県・福島県立医科大学



【お問い合わせ先】

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))

この調査票は見本のため、使用できません。

平成24年度

0000000000

県民健康管理調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票(中学生用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 25 年 ____ 月 ____ 日

保護者記入欄に回答していただく方はどなたですか。

母親 父親 祖父母 その他 (_____)

ふりがな
お子様のご氏名： _____

性別： 男 女

保護者のご氏名： _____ (続柄： _____)

お子様の生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者署名欄 (本調査に同意の上、保護者の方のご署名をお願いします。)

(保護者自署) _____

現在の住所： 上記の住所と同じ (記載省略可)

〒 _____ - _____

_____ 都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村 _____

アパート等名称・部屋番号 _____

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。

電話番号：(_____) _____ - _____ (_____ 様方)

携帯番号： _____ - _____ - _____

福 島 県
福島県立医科大学

この調査票は見本のため、使用できません。

以下、当てはまる小さい□に✓をご記入ください。

問1から問6までは、**ご本人**がお答えください。

回答者：₁□ 本人 ₂□ 代理（続柄_____）

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。

₁□ きわめて良好 ₂□ 良好 ₃□ 普通 ₄□ 悪い ₅□ きわめて悪い

問2. あなたの現在の身長と体重をご記入ください。

身長 □ □ . □ cm 体重 □ □ . □ kg

問3. 睡眠についてお尋ねします。

1) ふだん1日の睡眠時間（昼寝を含む）は、平均どれくらいですか？

およそ □ □ 時間 □ □ 分くらい

2) 日頃の睡眠はあなたにとって十分だと思いますか？

₁□ 十分だと思う ₂□ やや足りない ₃□ 足りない

問4. 普段、体育の授業以外に運動をどのくらいしていますか。

（部活動・スポーツ関連の習い事など）

₁□ ほとんど毎日している ₂□ 週に2～4回している

₃□ 週1回程度している ₄□ ほとんどしていない

この調査票は見本のため、使用できません。

問5. 食生活についてお尋ねします。現在の食生活に関して、次の食品（飲料）および朝食はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？

食品（飲料）の種類		食べる（飲む）頻度					
		食べない	週に1回未満	週に1-2回	週に3-4回	週に5-6回	毎日
ごはん（お米）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
パン		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
魚料理（刺身、焼き魚、煮魚、フライ等）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
肉類	とり肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	牛肉、豚肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	ハム、ソーセージ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
野菜	緑の葉の野菜 （ほうれん草、小松菜、にら等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	赤や黄色の野菜 （トマト、にんじん、かぼちゃ等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	淡色野菜 （白菜、キャベツ、大根等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	野菜ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
果物	くだもの	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	果物ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
大豆	納豆	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	味噌汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	とうふ料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	煮豆料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
牛乳		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
豆乳（とうにゅう）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ヨーグルト、乳酸菌飲料		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
朝食		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

問6. 今回の震災で、あなたが経験したあてはまるものすべてに✓をご記入ください。

- 1 地震 2 津波 3 原子力発電所事故 4 いずれもなし

みなさんへの質問はこれで終わりです。この調査票を保護者の方にお渡しください。ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。

これ以降は、対象のお子様について**保護者の方**がお答えください。

問7. 現在、お子様が治療中の病気はありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある
- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 - 2 アレルギー性鼻炎 3 アトピー性皮膚炎
 - 4 1-3以外のアレルギー性疾患
 - 5 風邪 6 インフルエンザ
 - 7 中耳炎 8 副鼻腔炎・蓄膿症
 - 9 歯科疾患（虫歯・矯正・口唇口蓋裂など）
 - 10 てんかん
 - 11 ADHD（注意欠陥多動性障害）
 - 12 その他（具体的な病名）
- (_____)

問8. お子様は、これまでに病気で入院したことがありますか。ある場合はその病気について記載してください。

- 1 ない 2 ある
- 1 喘息（小児喘息・気管支喘息）
 - 2 肺炎（急性肺炎・気管支肺炎）
 - 3 マイコプラズマ肺炎
 - 4 RSウイルス感染症（RSウイルス肺炎）
 - 5 風邪 6 気管支炎（急性気管支炎）
 - 7 インフルエンザ 8 胃腸炎（急性胃腸炎）
 - 9 ロタウイルス感染症
 - 10 熱性けいれん 11 川崎病
 - 12 鼠径ヘルニア（脱腸）
 - 13 その他（具体的な病名）
- (_____)

この調査票は見本のため、使用できません。

問 9. お子様は、今までに次の検査を受けたことがありますか。

1) CT 検査（中央に空洞のある大きな装置を使う検査です。検査中に大きな音のする MRI と違って静かな検査です）

- ₁ ない
- ₂ ある
- ₃ わからない

2) その他、X線を使った検査

（例）透視検査、血管造影、核医学検査（シンチグラフィ検査）

- ₁ ない
- ₂ ある → ₁ 透視検査 ₂ 血管造影 ₃ 核医学検査
- ₃ わからない

問 10. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法を受けたことがありますか。

- ₁ ない ₂ ある →
- ₃ わからない

何のご病気でしたか？	何歳の頃でしたか？
(_____)	<input type="text"/> 歳頃
(_____)	<input type="text"/> 歳頃
(_____)	<input type="text"/> 歳頃

複数ある方は、
それぞれについて
お答えください。

この調査票は見本のため、使用できません。

問 11. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください（例：☑）。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

あなたのお子様のここ半年くらいの行動についてお答えください。

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
1 他人の気持ちをよく気づかう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 おちつきがなく、長い間じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうったえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 他の子どもたちと、よく分け合う（おやつ・おもちゃ・鉛筆など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 カツとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 素直で、だいたいは大人のいうことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 他の子どもたちから、だいたいは好かれているようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 すぐに気が散りやすく、注意を集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 年下の子どもたちに対してやさしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よくうそをついたり、ごまかしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 自分からすすんでよく他人を手伝う（親・先生・子どもたちなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 よく考えてから行動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 家や学校、その他から物を盗んだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 こわがりで、すぐにおびえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ものごとを最後までやりとげ、集中力もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

見

福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。お子様の基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？（当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなた及びお子様の不利益になる事はありません）

はい いいえ

↓
「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

お子様の基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

はい いいえ

本

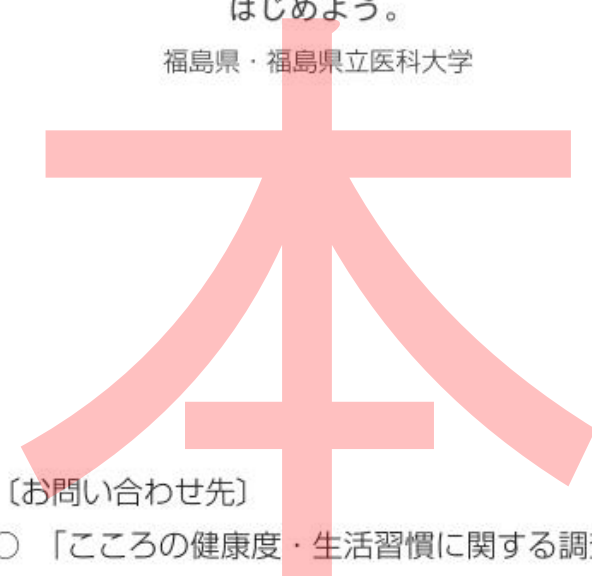
これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。



ふくしまから
はじめよう。

福島県・福島県立医科大学



【お問い合わせ先】

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))

この調査票は見本のため、使用できません。

平成24年度

0000000000

県民健康管理調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票(一般用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 25 年 _____ 月 _____ 日	回答者： ₁ <input type="checkbox"/> 本人 ₂ <input type="checkbox"/> 代理（続柄 _____）
ふりがな ご氏名： _____	性別： ₁ <input type="checkbox"/> 男 ₂ <input type="checkbox"/> 女
生年月日： ₁ <input type="checkbox"/> 明治 ₂ <input type="checkbox"/> 大正 ₃ <input type="checkbox"/> 昭和 ₄ <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
保護者署名欄（対象者が未成年者の場合は、本調査に同意の上、保護者の方のご署名をお願いします。） （保護者自署） _____	
現在の住所： <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ（記載省略可） 〒 _____ - _____ _____ 都・道 市・区 区・町 _____ 府・県 郡 村 _____ _____ アパート等名称・部屋番号 _____	
連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。 電話番号：（ _____ ） _____ - _____ （ _____ 様方） 携帯番号： _____ - _____ - _____	

福 島 県
福島県立医科大学

この調査票は見本のため、使用できません。

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか？

- 1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. 身長と体重についてお尋ねします。

- 1) あなたの現在の身長と体重をご記入ください

身長 . cm 体重 . kg

- 2) 平成23年3月11日の東日本大震災(以下、「震災」といいます)以前と比べて体重に変化はありましたか？

- 1 3Kg以上増えた 2 ほぼ変わらない(±3Kg以内) 3 3Kg以上減った

問3. 今まで次のような病気にかかっていると医師に診断されたことがありますか？

- 1) 高血圧(または、血圧が高い)

1 ない 2 ある → 現在通院していますか？ 1 はい 2 いいえ

- 2) 糖尿病(または、血糖が高い)

1 ない 2 ある → 現在通院していますか？ 1 はい 2 いいえ

- 3) 高脂血症(または、コレステロールや中性脂肪が高い)

1 ない 2 ある → 現在通院していますか？ 1 はい 2 いいえ

- 4) がん(白血病やリンパ腫を含む)

1 ない 2 ある → どの「がん」ですか？(すべてお答えください)
()、()、()

- 5) 脳卒中

1 ない 2 ある → 脳卒中の種類は何ですか？(複数回答可)
 1 脳こうそく(脳塞栓、脳血栓)
 2 脳出血 3 くも膜下出血
 4 その他() 5 わからない

脳の血管が
つまっておこる
病気です

- 6) 心臓病

1 ない 2 ある → 心臓病の種類は何ですか？(複数回答可)
 1 しんきんこうそく 心筋梗塞 2 きょうしんしょう 狭心症
 3 その他() 4 わからない

心臓の血管が
つまっておこる
病気です

この調査票は見本のため、使用できません。

7) 慢性肝炎
 1 ない 2 ある →

慢性肝炎の種類は何ですか？
 1 B型肝炎 2 C型肝炎 3 その他 ()

8) 肺炎（この10年くらいの間で）
 1 ない 2 ある

9) 50歳以後の骨折
 1 ない 2 ある

10) 甲状腺疾患
 1 ない 2 ある →

甲状腺疾患の種類は何ですか？
 1 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）
 2 甲状腺機能低下症 3 その他 ()

11) 精神疾患
 1 ない 2 ある →

現在通院していますか？ 1 はい 2 いいえ

問4. 今までに、次の検査を受けたことがありますか？

- 1) CT検査（中央に空洞のある大きな装置を使う検査です。検査中に大きな音のするMRIと違って静かな検査です）
 1 ない 2 ある 3 わからない
- 2) 透視検査（白いバリウムを使った検査です）
 1 ない 2 ある 3 わからない
- 3) その他、血管造影検査（例：心臓カテーテル検査等）、核医学検査（シンチグラフィ検査）、PET検査のいずれか。
 1 ない
 2 ある → 1 血管造影検査 2 核医学検査 3 PET検査
 3 わからない

問5. 今までに、病気の治療のために放射線療法を受けたことがありますか？

1 ない 2 ある → 3 わからない

何のご病気でしたか？ 何歳の頃でしたか？

() () 歳頃
() () 歳頃
() () 歳頃

複数ある方は、それぞれについてお答えください。

この調査票は見本のため、使用できません。

問6. 日常生活機能についてお尋ねします。

1) それぞれの行為について、ひとりでできるかどうかをお答えください。

日常生活での行為		ひとりでできる	ひとりではできない
1	介助なしに食事をする（食事のしたくは含まない）	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
2	介助なしに衣服の着替えをする	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
3	介助なしにトイレで用をたす	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
4	日用品の買い物をする	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

2) レクリエーション活動（カラオケやゲートボール等）や地域の仕事（お祭り等）へ参加することがありますか？

₁ ない、めったにない ₂ ときどき参加する ₃ よく参加する

問7. 睡眠についてお尋ねします。

1) この1か月間の睡眠時間（昼寝を含む）は、1日平均どれくらいですか？

およそ 時間 分くらい

2) この1か月間（睡眠の長さに関わらず）睡眠の質に満足していますか？

₁ 満足している ₂ 少し不満 ₃ かなり不満 ₄ 非常に不満か、全く眠れなかった

3) 以下の経験が少なくとも週3回以上ありましたか？

		ある	ない
1	夜、床に入ってから寝つくまでの時間がかかる	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
2	夜間、睡眠途中で目が覚める	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
3	希望する起床時刻より早く目覚め、それ以上眠れない	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
4	総睡眠時間が不足する	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
5	日中の気分がめいる	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
6	日中の身体的および精神的な活動が低下する	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
7	日中の眠気	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

問8. あなたは普段、運動をしていますか？

₁ ほとんど毎日している ₂ 週に2～4回している
₃ 週1回程度している ₄ ほとんどしていない

この調査票は見本のため、使用できません。

問9. 普段の生活で、声を出して笑う機会はどのくらいありますか？

- 1 ほぼ毎日 2 週に1～5回程度 3 月に1～3回程度 4 ほとんどない

※ 次の問10及び問11は、成人の方のみお答えください。
未成年の方は、問12にお進みください。

問10. 喫煙についてお尋ねします。

- 1) 震災以前に、たばこを吸っていましたか？

- 1 吸っていなかった 2 吸っていた

- 2) たばこ（紙巻きタバコ）を吸いますか？ 葉巻やパイプは除きます。

- 1 吸ったことがない 2 やめた 3 吸っている

やめてからどのくらいですか？ 年 カ月

こちらへ
お進みく
ださい

平均して1日の本数はどのくらいですか？

※ やめた方は、吸っていた時の本数をお答えください

平均1日 本くらい

喫煙年数は合計して何年ですか？

合計して 年くらい

- 3) この10年ほどの間に、家庭や職場などで人が吸ったタバコの煙を吸わされることがありましたか？

- 1 毎日 2 週4～5日程度 3 ときどき 4 めったにない

問11. お酒についてお尋ねします。

- 1) 震災以前にお酒（アルコール飲料）を飲んでいましたか？

- 1 飲んでいなかった、またはほとんど飲んでいなかった（月に1回未満）
 2 飲んでいた（月に1回以上）

この調査票は見本のため、使用できません。

2) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか？

- 1 飲まない、または、
ほとんど飲まない
(月に1回未満)
- 2 やめた
- 3 飲む(月に1回以上)

3) へお進みください。

やめてからどのくらいですか？

年 か月

こちらにお進み
ください

この1年間で平均して、お酒の種類別に飲む頻度と1回に飲む量をお答えください。

お酒の種類	飲まない	飲む頻度(当てはまるもの1つに✓)					1回に 飲む量	
		週に 1回未満	週に 1-2回	週に 3-4回	週に 5-6回	毎日		
ビール	大瓶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__本
	中瓶・中缶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__本
	小瓶・小缶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__本
日本酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__合	
焼酎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コップ __杯	
ワイン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	グラス __杯	
洋酒*	シングル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コップ __杯
	ダブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コップ __杯

*ウイスキーやブランデー等

3) 過去30日間を振り返って、次のことについてお尋ねします。

	いいえ	はい
1 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この調査票は見本のため、使用できません。

問 12. 食生活についてお尋ねします。現在の食生活に関して、次の食品（飲料）および朝食はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？

食べる（飲む）頻度		食べ ない	週に 1回未満	週に 1-2回	週に 3-4回	週に 5-6回	毎日
食品（飲料）の種類							
ごはん（お米）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
パン		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
魚料理（刺身、焼き魚、煮魚、フライ等）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
肉類	とり肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	牛肉、豚肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	ハム、ソーセージ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
野菜	緑の葉の野菜 （ほうれん草、小松菜、にら等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	赤や黄色の野菜 （トマト、にんじん、かぼちゃ等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	淡色野菜 （白菜、キャベツ、大根等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	野菜ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
果物	くだもの	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	果物ジュース	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
大豆	納豆	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	味噌汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	とうふ料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	煮豆料理	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
牛乳		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
豆乳（とうにゅう）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ヨーグルト、乳酸菌飲料		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

朝食	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

この調査票は見本のため、使用できません。

問 13. 過去 30 日の間に、どれくらいの頻度で次のことがありましたか？
当てはまる数字を○で囲んでください。

		全く ない	少し だけ	とき どき	たい てい	いつ も
1	神経過敏に感じましたか。	0	1	2	3	4
2	絶望的だと感じましたか。	0	1	2	3	4
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか。	0	1	2	3	4
4	気分が沈み込んで、何が起っても気が 晴れないように感じましたか。	0	1	2	3	4
5	何をするのも骨折りだと感じましたか。	0	1	2	3	4
6	自分は価値のない人間だと感じましたか。	0	1	2	3	4
7	こうした不調が原因で、日常生活に支障を きたすことがありましたか。	0	1	2	3	4

問 14. 震災についてお尋ねします。

1) 今回の震災で、あなたが経験したあてはまるものすべてに✓をご記入ください。

₁ 地震 ₂ 津波 ₃ 原子力発電所事故 ₄ いずれもなし

問 15 へお進みください。

2) それは、命を脅かすような経験でしたか？

₁ はい ₂ いいえ

この調査票は見本のため、使用できません。

問15. 震災（地震、津波、原子力発電所事故）の体験についてお尋ねします。

1) 以下は人びとが人生におけるストレスの多い経験（以下「ストレス体験」という。）をした際、その経験に対して時々起こる問題や訴えのリストです。各項目をよく読んで、この1ヶ月の間、その問題にどのぐらい悩まされていたかについて、当てはまる数字を○で囲んでください。

		全くなかった	少しあった	中程度であった	かなりあった	非常にあった
1	そのストレス体験の、心をかき乱すような記憶、考え、イメージ（光景など）を繰り返し思い出す	1	2	3	4	5
2	そのストレス体験の、心をかき乱すような夢を繰り返しみる	1	2	3	4	5
3	そのストレス体験が再び起こっているかのように（まるでもう一度それを経験しているかのように）、突然、ふるまったり感じたりする	1	2	3	4	5
4	何かのきっかけでそのストレス体験を思い出したとき、非常に動揺する	1	2	3	4	5
5	何かのきっかけでそのストレス体験を思い出したとき、身体が反応する（例：心臓がドキドキバクバクする、息苦しくなる、汗ばむ）	1	2	3	4	5
6	そのストレス体験について考えたり話したりすることを避ける、もしくは、その体験に関連する感情を持たないようにする	1	2	3	4	5
7	そのストレス体験を思い出させられるため、特定の活動や状況を避ける	1	2	3	4	5
8	そのストレス体験の重要な部分をなかなか思い出せない	1	2	3	4	5
9	以前楽しんでいた活動に対して興味を失う	1	2	3	4	5
10	他の人々から距離を感じたり疎外されているように感じたりする	1	2	3	4	5

この調査票は見本のため、使用できません。

		全 く な か つ た	少 し あ つ た	中 程 度 で あ つ た	か な り あ つ た	非 常 に あ つ た
11	感情がマヒしているように感じたり、親しい人に対して愛情をもつことができない	1	2	3	4	5
12	なぜか自分に先があまりない気がする	1	2	3	4	5
13	寝つきが悪かったり、睡眠の途中で目が覚めてしまう	1	2	3	4	5
14	イライラしたり、怒りが爆発したりする	1	2	3	4	5
15	物事に集中できない	1	2	3	4	5
16	非常に警戒したり、注意深くなったり、用心深くなっていたりする	1	2	3	4	5
17	神経が敏感になっていたり、ちょっとしたことに驚いたりする	1	2	3	4	5

2) こうした経験・不調が原因で、日常生活に支障がありましたか？

はい
↓
問 16 へお進み
ください

いいえ
↓
問 17 へお進み
ください

この調査票は見本のため、使用できません。

問 16. 日常生活への支障についてお尋ねします。

この1ヶ月間には、こうした経験・不調が原因で、日常生活に支障をきたすことはどれくらいありましたか？

1 しばしばあった 2 時々あった 3 まれにあった 4 1度もなかった

問 17 へお進みください。

このことについてもう少し詳しくお尋ねします。それぞれの質問に対し、あてはまる数字を○で囲んでください。

1) 仕事/学業

この1か月間、何らかの精神的な問題により、仕事、学業、家事などに、どの程度支障がでていますか？



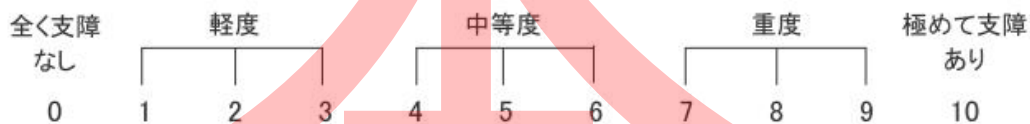
2) 社会生活

この1か月間、何らかの精神的な問題により、人付き合いや余暇（よか）の過ごし方に、どの程度支障がでていますか？



3) 家族内のコミュニケーションや役割

この1か月間、何らかの精神的な問題により、家族内のコミュニケーションや役割に、どの程度支障がでていますか？



この調査票は見本のため、使用できません。

問 17. 現在の生活状況についてお尋ねします。

1) 震災のため、もともと同居していた家族と、離れて生活していますか？

はい いいえ

2) 同居の人数（自分を含めて）を教えてください。

震災前（ ）人 現在（ ）人

3) 震災後にお住まいになった場所はどこですか？

あてはまるものすべてに✓をご記入ください。

避難所 仮設住宅 借家・アパート 親戚宅

持家 その他（ ）

4) 震災から現在までの間に、何回転居しましたか？

（避難所等の移動や、転入・転出届をしていない住居の移動も「転居」とします。）

_____回

5) あなたの勤務形態について、教えてください。

常勤・自営 パート 無職（学生、専業主婦を含む）

6) 震災や原発事故によってお仕事の状況は変わりましたか？

変わった 変わらない

8)へお進みください。

7) どのように変わりましたか？あてはまるものすべてに✓をご記入ください。

新しく仕事を始めた 失業した 転職した

同じ会社・組織内での配置換え その他（ ）

8) 現在のくらし向きを総合的にみてどう感じていますか？

苦しい やや苦しい 普通 ややゆとりがある ゆとりがある

この調査票は見本のため、使用できません。

問 18. 現在の生活における人とのつながりについてお尋ねします。

次のそれぞれの質問について、あてはまる□に✓をご記入ください。

		0 人	1 人	2 人	3 ～ 4 人	5 ～ 8 人	9 人 以上
1	少なくとも月に1回以上、顔を合わせる機会や消息をとりあう親戚や兄弟は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□
2	少なくとも月に1回以上、顔を合わせる機会や消息をとりあう友人は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□
3	あなたが個人的なことでも、気兼ねなく話すことができる親戚や兄弟は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□
4	あなたが個人的なことでも、気兼ねなく話すことができる友人は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□
5	あなたが手助けを求めることができるような、身近に感じる親戚や兄弟は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□
6	あなたが手助けを求めることができるような、身近に感じる友人は何人ぐらいいますか？	0□	1□	2□	3□	4□	5□

問 19. 放射線の健康影響についての認識について伺います。当てはまる数字を○で囲んでください。

		可能性は 極めて低い			可能性は 非常に高い
1	原発事故当初から現在までの放射線被ばくで、急性の放射線障害（例えば、脱毛、皮膚のただれ、鼻血など）がどのくらい起こると思いますか？	1	2	3	4
2	現在の放射線被ばくで、後年に生じる健康障害（例えば、がんの発症など）がどのくらい起こると思いますか？	1	2	3	4
3	現在の放射線被ばくで、次世代以降の人（将来生まれてくる自分の子や孫など）への健康影響がどれくらい起こると思いますか？	1	2	3	4

この調査票は見本のため、使用できません。

※ 以下の質問は、健康と生活習慣に関連する情報としてお尋ねするもので、プライバシーに立ち入る意図はございません。差し支えない範囲でお答えください。

問 20. あなたの最終学歴について、お尋ねします。

- 1 小学校・中学校 2 高校
 3 専門学校・短期大学 4 大学（4年制）・大学院

問 21. ご家族（血縁者）の中で次の疾患にかかった人がありますか？
（かかったことのある疾患に✓をご記入ください。）

1) お父様（実父）は次の疾患にかかったことがありますか（複数回答可）？

- 1 脳卒中 2 心臓病 3 がん（部位：____、____、____）
 4 糖尿病 5 1～4の疾患にかかったことはない 6 分からない

2) お母様（実母）は次の疾患にかかったことがありますか（複数回答可）？

- 1 脳卒中 2 心臓病 3 がん（部位：____、____、____）
 4 糖尿病 5 1～4の疾患にかかったことはない 6 分からない

3) ご兄弟（男性・血縁）は次の疾患にかかったことがありますか（複数回答可）？

ご兄弟がない方は、こちらに
✓印をつけてください。

- 0 兄弟（血縁）はいない
 1 脳卒中 2 心臓病 3 がん（部位：____、____、____）
 4 糖尿病 5 1～4の疾患にかかった兄弟はいない 6 分からない

4) ご姉妹（女性・血縁）は次の疾患にかかったことがありますか（複数回答可）？

ご姉妹がない方は、こちらに
✓印をつけてください。

- 0 姉妹（血縁）はいない
 1 脳卒中 2 心臓病 3 がん（部位：____、____、____）
 4 糖尿病 5 1～4の疾患にかかった姉妹はいない 6 分からない

福島県では、将来にわたる県民の皆様の健康管理を目的とした「県民健康管理調査」を実施しています。基本調査問診票はご提出されましたでしょうか？

（当設問の「はい」、「いいえ」いずれかの返答がこの調査においてあなたの不利益になる事はありません）

- 1 はい 2 いいえ

「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

基本調査問診票を再送付してもよろしいでしょうか？

- 1 はい 2 いいえ

この調査票は見本のため、使用できません。

※ご自身の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

[]

男性の方は、これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。女性の方は、次へお進みください。

以下の質問は、女性のみお答えください。

問 22. 月経についてお尋ねします。

1) 現在の月経について教えてください。

<input type="checkbox"/> 1 現在月経あり	<input type="checkbox"/> 5 これまで一度も月経なし
<input type="checkbox"/> 2 閉経した（手術による閉経も含む）	
<input type="checkbox"/> 3 妊娠中、産後のため現在月経なし	
<input type="checkbox"/> 4 その他の理由で現在月経なし	

↓
月経が始まった年齢はいつでしたか。 歳

2) 1)で「閉経した」と答えた方におたずねします。

- ① 月経が終了した時の年齢は何歳でしたか？ 歳
② 月経が終了した理由は何ですか。

<input type="checkbox"/> 1 自然な閉経
<input type="checkbox"/> 2 治療による閉経（卵巣や子宮の摘出、放射線療法、化学療法など）
<input type="checkbox"/> 3 その他 _____)

問 23. 出産の経験がありますか。

- 1 ある 2 ない

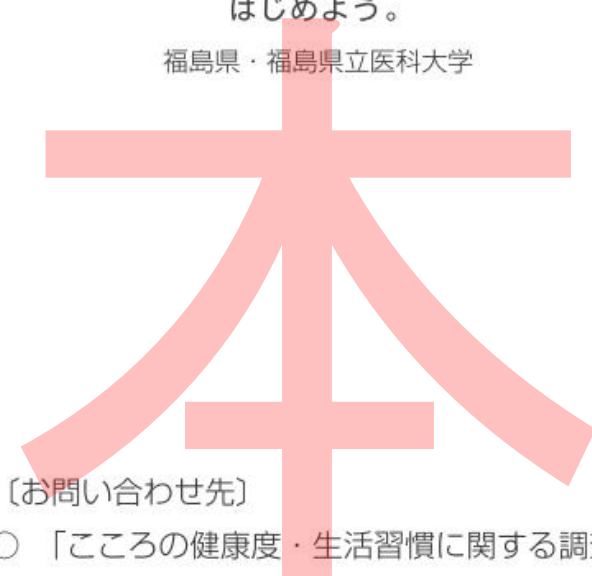
これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご協力、ありがとうございました。

この調査票は見本のため、使用できません。



ふくしまから
はじめよう。

福島県・福島県立医科大学



【お問い合わせ先】

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))