



様式第2号(研究用)

申請結果通知書

平成23年12月21日

福島県立医科大学  
副学長 阿部正文 様

福島県立医科大学 学長

受付番号 1316 課題名 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難  
地区住民等の健康管理のための質問紙調査

上記研究計画(変更)の実施等に関する申請について、下記のとおり結果を通知する。

記

結果	倫理委員会の 判定の結果	条件、変更の内容及び理由
許 可	承 認	
	条件付承認	
不 許 可	変更の勧告	
	不 承 認	
非 該 当	非 該 当	

様式第3号(研究用)



変更許可申請書

23.11.18 日提出

福島県立医科大学 学長 様

<研究責任者>

所 属 福島県立医科大学

職・氏名 副学長 阿部正文

内線電話 2180



※受付番号 1316

所属長  
承認印



<p>1 課題名 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難地区住民等の健康管理のための 質問紙調査</p>
<p>2 変更の概要</p> <p>調査票中、医療被ばくに関する問について、一部を削除し、簡略化した。</p> <p>一般用：問3 子ども用①：問5 子ども用②：問5 子ども用③：問9</p>
<p>3 変更の理由</p> <p>医療被ばくに関する問の割合は多いが、医療被ばくを定量的に評価することは困難であり、医療被ばくの有無を把握することのみに限定することが妥当と考えられるため。</p>

注意事項 変更部分の新旧対照表又は研究計画書等の変更部分にアンダーラインを引いたものなど変更箇所及び変更内容が分かる書類並びに変更後の研究計画書等を添付すること。

**(旧 一般用)**

問3. 今までに、次の検査を受けたことがありますか。

受けたことがある検査については、およその回数についてもお答えください。

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) 頭部 (脳など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

2) 胸部 (肺など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

3) 腹部 (肝臓、膵臓、腎臓など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

4) その他の CT 検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ 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) 胃透視 (食道の透視も含みます。白いバリウムを飲み込んで検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

2) 大腸透視 (バリウムをお尻から腸に注入して検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

3) その他のバリウムを使った検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

3. 血管造影検査 (カテーテルという細い管を肘や股のところから血管の中に入れて、脳や心臓などの血管を撮影する検査です。)

1) 脳の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

2) 心臓の血管造影 (心臓カテーテル検査)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

3) 肝臓の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

4) その他の血管造影 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
□ 1~2回 □ 3~5回 □ 6回以上 □ わからない

**(新 一般用)**

問3. 今までに、次の検査を受けたことがありますか。

あてはまるものに✓を記入してください。

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 →  
 3 わからない  
□ 血管造影検査 □ 核医学検査 □ PET 検査

(旧 子ども用①)

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。

受けたことがある検査については、およその回数についてもお答えください。

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) 頭部 (脳など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 胸部 (肺など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 腹部 (肝臓、脾臓、腎臓など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他のCT検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 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) 胃透視 (食道の透視も含みます。白いバリウムを飲み込んで検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 大腸透視 (バリウムをお尻から腸に注入して検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) その他のバリウムを使った検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3. 血管造影検査 (カテーテルという細い管を肘や股のところから血管の中に挿入し、脳や心臓などの血管を撮影する検査です。)

1) 脳の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 心臓の血管造影 (心臓カテーテル検査)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 肝臓の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他の血管造影 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  
 1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

(新 子ども用①)

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

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

(旧 子ども用②)

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。

受けたことがある検査については、およその回数についてもお答えください。

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) 頭部 (脳など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 胸部 (肺など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 腹部 (肝臓、脾臓、腎臓など)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他のCT検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 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) 胃透視 (食道の透視も含みます。白いバリウムを飲み込んで検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 大腸透視 (バリウムをお尻から腸に注入して検査します)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) その他のバリウムを使った検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3. 血管造影検査 (カテーテルという細い管を肘や股のところから血管の中に挿入し、脳や心臓などの血管を撮影する検査です。)

1) 脳の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 心臓の血管造影 (心臓カテーテル検査)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 肝臓の血管造影

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他の血管造影 (具体的に\_\_\_\_\_)

1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない

1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

(新 子ども用②)

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

1. CT検査

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

(旧 子ども用③)

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。

受けたことがある検査については、およその回数についてもお答えください。

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) 頭部 (脳など)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 胸部 (肺など)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 腹部 (肝臓、脾臓、腎臓など)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他のCT検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 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) 胃透視 (食道の透視も含まれます。白いバリウムを飲み込んで検査します)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 大腸透視 (バリウムをお尻から腸に注入して検査します)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) その他のバリウムを使った検査 (具体的に\_\_\_\_\_)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3. 血管造影検査 (カテーテルという細い管を肘や股のところから血管の中に挿入し、脳や心臓などの血管を撮影する検査です。)

1) 脳の血管造影

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

2) 心臓の血管造影 (心臓カテーテル検査)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

3) 肝臓の血管造影

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

4) その他の血管造影 (具体的に\_\_\_\_\_)

- 1 ない  
 2 ある → 何回くらい受けましたか?  
 3 わからない  1 1~2回  2 3~5回  3 6回以上  4 わからない

(新 子ども用③)

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

1. CT検査

- 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

平成 23 年度

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票

(一般用)

〒963-0000

福島市光が丘1番地

医大アパート302号室

医 大 太 郎 様

00X0X0X

今回の大震災に伴う原子力災害により、これまでの生活とは全く異なる避難生活を余儀なくされ、生活習慣が大きく変化したり、多大な不安やストレスを抱えておられる方が多いことが予想されます。

県民健康管理調査では、詳細調査の一貫として、避難区域等の住民の方を対象に、こころとからだの健康状態や現在の生活習慣などを把握して、皆様の今後の健康管理に役立てることを目的に、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、生年月日が平成7年4月1日以前の方を対象に配付しております。

本調査票に記載された個人情報、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供しますが、個人が特定される形で公表することはありません。

なお、本調査票には、ご本人がご記入ください。ただし、未成年者については、保護者の同意のもと実施しますので、次ページの保護者署名欄にご署名の上、記入してください。また、ご高齢等によりご自分で記入できない場合には、家族の方や同居されている方がご記入ください。

本調査票がお手元に届きましたら、恐れ入りますが、おおむね2週間を目安に返送くださるようお願いいたします。

本調査についてご不明な点などございましたら、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

福 島 県  
福島県立医科大学

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、  
 当てはまる口に✓を記入してください。

ご記入日：平成 23 年 _____ 月 _____ 日	回答者： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 本人 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 代理（続柄 _____）
ふりがな ご氏名： _____	性別： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 男 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 明治・ <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 大正 <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> 昭和・ <sub>4</sub> <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） _____	
平成23年3月11日現在の住民票上の住所： <input type="checkbox"/> 表紙の住所と同じ（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 _____	
現在の住所： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 表紙の住所と同じ（記載省略可） <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 3月11日現在の住民票上の住所と同じ（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 _____	
転居予定先住所（今後の転居先が決まっている方は、こちらをご記入ください） 〒 _____ - _____ 都・道                    市・区                    区・町 府・県                    郡                    村 _____                    _____                    _____ アパート等名称・部屋番号 _____	
転居予定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
連絡先 ※記入漏れなどの確認のために、調査担当者が直接お尋ねすることがあり、その際に必要となります。 電話番号：（ _____ ） _____ - _____ （ _____ 様方） 携帯番号： _____ - _____ - _____	
勤務形態： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 常勤 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> パート <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> 無職（学生、専業主婦を含む）	



問1. 現在のあなたの健康状態はどうか。(当てはまるもの1つに✓)

きわめて良好 1 <input type="checkbox"/>	良好 2 <input type="checkbox"/>	普通 3 <input type="checkbox"/>	悪い 4 <input type="checkbox"/>	きわめて悪い 5 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

問2. 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 →

どこの「がん」ですか? (すべてお答え下さい)  
(\_\_\_\_\_)、(\_\_\_\_\_)、(\_\_\_\_\_)

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)

脳の血管が  
つまっておこる  
病気です

- 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

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)

心臓の血管が  
つまっておこる  
病気です

- 1  心筋梗塞 (しんきんこうそく)  
2  狭心症 (きょうしんしょう)  
3  その他 (\_\_\_\_\_) 4  わからない

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

- <sub>1</sub> ない     <sub>2</sub> ある

10) 甲状腺疾患

- <sub>1</sub> ない     <sub>2</sub> ある

甲状腺疾患の種類は何ですか？

<sub>1</sub> 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

<sub>2</sub> 甲状腺機能低下症

<sub>3</sub> その他（ \_\_\_\_\_ ）

11) 精神疾患

- <sub>1</sub> ない     <sub>2</sub> ある

**問3. 今までに、次の検査を受けたことがありますか。**

あてはまるものに✓を記入してください。

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）

- <sub>1</sub> ない  
 <sub>2</sub> ある  
 <sub>3</sub> わからない

2. 透視検査（白いバリウムを使った検査です）

- <sub>1</sub> ない  
 <sub>2</sub> ある  
 <sub>3</sub> 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。

- <sub>1</sub> ない  
 <sub>2</sub> ある     <sub>1</sub> 血管造影検査     <sub>2</sub> 核医学検査     <sub>3</sub> PET検査  
 <sub>3</sub> わからない

**問4. 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。**

あてはまるものに✓を入れてください。

- <sub>1</sub> ない     <sub>2</sub> ある

- <sub>3</sub> わからない

何のご病気でしたか？

何歳の頃でしたか？

( \_\_\_\_\_ )     歳ごろ

( \_\_\_\_\_ )     歳ごろ

( \_\_\_\_\_ )     歳ごろ

複数ある方は、  
それぞれについて  
お答えください。

問5. ここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか。

はい     いいえ



それは、どのような症状ですか。当てはまるものすべてに○を付けてください。  
また、災害後悪化したものには◎をつけてください。

- |                                |                 |                 |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| a. 手足の関節が痛む                    | b. いらいらしやすい     | c. 頭痛           |
| d. めまい                         | e. 動悸           | f. 息切れ          |
| g. せきやたんが出る                    | h. ゼイゼイする       | i. 下痢           |
| j. 便秘                          | k. 食欲不振         | l. 腹痛・胃痛        |
| m. 痔による痛み・出血など                 | n. 歯が痛い         | o. 歯ぐきのはれ・出血    |
| p. かみにくい                       | q. かゆみ（湿疹・水虫など） | r. 腰痛           |
| s. 尿失禁（尿がもれる）                  | t. 足のむくみやだるさ    | u. 尿が出にくい・排尿時痛い |
| v. 切り傷・やけどなどのけが                | w. 月経不順・月経痛     | x. 骨折・ねんざ・脱臼    |
| y. その他（                      ） |                 |                 |

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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 介助なしに衣服の着替えをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 介助なしにトイレで用をたす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 日用品の買い物をする	<input type="checkbox"/>	<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。（当てはまるもの1つに✓）

ない、めったにない     ときどき参加する     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（睡眠の長さに関わらず）睡眠の質に満足していますか。

（当てはまるもの1つに✓）

満足している  少し不満  かなり不満  非常に不満か、全く眠れなかった

2) 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	夜間、睡眠途中で目が覚める	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	総睡眠時間が不足する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	日中の気分がめいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	日中の身体的および精神的な活動が低下する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	日中の眠気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**問8. 喫煙についてお尋ねします。**

1) 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。

（当てはまるもの1つに✓）

吸ったことがない

やめた

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

2) 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？（当てはまるもの1つに✓）

毎日  週4-5日程度  ときどき  めったにない

3) 平成23年3月11日の震災以前に、たばこを吸っていましたか？

（当てはまるもの1つに✓）

吸っていなかった

吸っていた

## 問9. お酒についてお尋ねします。

1) お酒（アルコール飲料）を飲みますか？（当てはまるもの1つに✓）

飲まない、または、  
ほとんど飲まない  
（月に1回未満）

やめた

飲む（月に1回以上）

2) へお進み  
下さい。

やめてからどのくらいですか？

年  カ月

こちらに  
お進みく  
ださい

この1年間を平均して、お酒の種類別に飲む頻度と1回に飲む量をお答え下さい。

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

2) 平成23年3月11日の震災以前にお酒（アルコール飲料）を飲んでいましたか？  
（当てはまるもの1つに✓）

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）

飲んでいた（月に1回以上）

問 10. 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）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？  
 当てはまるもの1つに✓を付けてください。

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"/>

問 11. あなたは普段、運動をしていますか。(当てはまるもの1つに✓)

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

問 12. 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？  
当てはまる数字に○を付けてください。

		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、何が起こっても気が 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

問13. 平成23年3月11日に起こった、東日本大震災（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。

記入にあたって：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、該当する欄の数字を○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
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

**問 14. 平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災について伺います。**

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✓を付けてください。

地震     津波     原子力発電所事故（爆発音を聞いた）     いずれもなし

2) 今回の震災による、行政の家屋被害認定結果で、あてはまるもの1つに✓を付けてください。

被害なし     一部損壊     半壊     大規模半壊     全壊

3) 今回の震災で、大切な身近な人を亡くされましたか。

はい     いいえ

↳ それはどなたですか。（\_\_\_\_\_）（\_\_\_）人

4) 震災によってお住まいはどのように変わりましたか。あてはまるものすべてに✓を付けてください。また、現在のお住まいについては、○を付けてください。

避難所     仮設住宅     借家・アパート     親戚宅     持家

その他（\_\_\_\_\_）

5) 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

↓  
どのように変わりましたか。あてはまるものすべてに✓を付けてください。

新しく仕事をはじめた     失業した     転職した     稼ぎが増えた

稼ぎが減った     その他（\_\_\_\_\_）

**問 15. 放射線の健康影響についての認識について伺います。該当する欄の数字を○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	現在の放射線被ばくで、急性の健康障害（例えば、1ヶ月以内に死亡するなど）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

※ 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 16. あなたの最終学歴について、あてはまるもの一つに✓をしてください。**

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

**問 17. ご家族（血縁者）の中で次の疾患にかかった人がいますか？  
（かかったことのある疾患に✓をしてください。）**

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）？

- <sub>1</sub> 脳卒中      <sub>2</sub> 心臓病  
<sub>3</sub> 糖尿病      <sub>4</sub> がん（部位：\_\_\_\_、\_\_\_\_、\_\_\_\_）  
<sub>5</sub> 上記の疾患にかかったことはない      <sub>6</sub> 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）？

- <sub>1</sub> 脳卒中      <sub>2</sub> 心臓病  
<sub>3</sub> 糖尿病      <sub>4</sub> がん（部位：\_\_\_\_、\_\_\_\_、\_\_\_\_）  
<sub>5</sub> 上記の疾患にかかったことはない      <sub>6</sub> 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）？

<sub>0</sub> 兄弟（血縁）はいない  
 ご兄弟がない方は、こちらに✓印をつけてください。

- <sub>1</sub> 脳卒中      <sub>2</sub> 心臓病  
<sub>3</sub> 糖尿病      <sub>4</sub> がん（部位：\_\_\_\_、\_\_\_\_、\_\_\_\_）  
<sub>5</sub> 上記の疾患にかかった兄弟はいない      <sub>6</sub> 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。

姉妹（血縁）はいない

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

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提出ください。  
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 18. 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。（当てはまるもの一つに✓）

<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

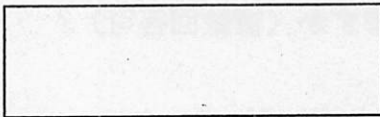
② 月経が終了した理由は何ですか。

<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 _____ )

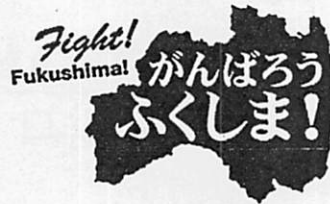
問 19. 出産の経験がありますか。

- 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。



## 県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

### 〔お問い合わせ先〕

- 調査全般に関するお問合せ  
福島県保健福祉部 健康管理調査室  
電話番号 024-521-8028 (8:30~17:00)
  
- 調査票の発送、記入方法に関するお問合せ  
福島県立医科大学 県民健康管理調査事務局  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)

平成 23 年度

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票

(子ども用①)

〒963-0000

福島市光が丘 1 番地

医大アパート 302 号室

医 大 太 郎 様

OOXOXO

今回の大震災に伴う原子力災害により、これまでの生活とは全く異なる避難生活を余儀なくされ、生活習慣が大きく変化したり、多大な不安やストレスを抱えておられる方が多いことが予想されます。

県民健康管理調査では、詳細調査の一貫として、避難区域等の住民の方を対象に、こころとからだの健康状態や現在の生活習慣などを把握して、皆様の今後の健康管理に役立てることを目的に、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、生年月日が平成 16 年 4 月 2 日以降のお子様（平成 23 年 3 月 11 日時点で未就学児であったお子様）を対象に配付しております。

本調査票に記載された個人情報、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供しますが、個人が特定される形で公表することはありません。

なお、本調査票には、対象となったお子様について、保護者の方がご記入ください。

本調査票がお手元に届きましたら、恐れ入りますが、おおむね 2 週間を目安に返送くださるようお願いいたします。

本調査についてご不明な点などございましたら、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

福 島 県  
福島県立医科大学

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、  
 当てはまる□に✓を記入してください。

ご記入日：平成 23 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

回答していただく方はどなたですか。(一つに✓)

<sub>1</sub> 母親    <sub>2</sub> 父親    <sub>3</sub> 祖父母    <sub>4</sub> その他 ( \_\_\_\_\_ )

ふりがな  
 お子様のご氏名： \_\_\_\_\_

性別：<sub>1</sub> 男    <sub>2</sub> 女

保護者のご氏名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

お子様の生年月日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

平成23年3月11日現在の住民票上の住所：表紙の住所と同じ(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 \_\_\_\_\_

現在の住所：表紙の住所と同じ(記載省略可)

<sub>2</sub> 3月11日現在の住民票上の住所と同じ(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 \_\_\_\_\_

転居予定先住所(今後の転居先が決まっている方は、こちらをご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 都・道 市・区 区・町  
 \_\_\_\_\_ 府・県 \_\_\_\_\_ 郡 \_\_\_\_\_ 村  
 アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

転居予定日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

連絡先 ※記入漏れなどの確認のために、調査担当者が直接お尋ねすることがあり、その際に必要となります。

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 様方)

携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

問1. 現在のお子様の健康状態はどうか。(当てはまるもの1つに✓)

きわめて良好 1 <input type="checkbox"/>	良好 2 <input type="checkbox"/>	普通 3 <input type="checkbox"/>	悪い 4 <input type="checkbox"/>	きわめて悪い 5 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

問2. 今回の震災にて、お子様が経験したあてはまるものすべてに✓を付けてください。

- 1  地震 2  津波 3  原子力発電所事故 (爆発音を聞いた) 4  いずれもなし

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 →

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 →

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

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. 今までに、お子様は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。

- <sub>1</sub> ない    <sub>2</sub> ある    <sub>3</sub> わからない

複数ある方は、  
それぞれについて  
お答えください。

何のご病気でしたか？	いつ頃でしたか？
( )	歳 月 日 ころ
( )	歳 月 日 ころ
( )	歳 月 日 ころ

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ころですか。

寝る時刻 [ ] 時頃      起きる時刻 [ ] 時頃

2) お子さんはお昼寝をしますか。

<sub>1</sub> いいえ    <sub>2</sub> はい    およそ [ ] 時間 [ ] 分くらい



問8. 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。

1  はい 2  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）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？ 当てはまるもの1つに✓を付けてください。

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"/>

**問9. 対象のお子様は4歳以上の方に伺います。**

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下さい  
(例：☑)。答えに自信がなくても、或いは、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下さい。

**あなたのお子さんのここ半年くらいの行動についてお答え下さい。**

	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 落ち着きがなく、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、大体は大人の言うことをよく聞く。	<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 年下の子どもに対してやさしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よく大人に対して口答えする。	<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ことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 他の人にたいしていじわるをする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもより、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。**

〔お問い合わせ先〕

- 調査全般に関するお問合せ  
福島県保健福祉部 健康管理調査室  
電話番号 024-521-8028 (8:30~19:00)
  
- 調査票の発送、記入方法に関するお問合せ  
福島県立医科大学 県民健康管理調査事務局  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)



県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

平成 23 年度

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票

(子ども用②)

〒963-0000

福島市光が丘1番地

医大アパート302号室

医 大 太 郎 様

00X0X0

今回の大震災に伴う原子力災害により、これまでの生活とは全く異なる避難生活を余儀なくされ、生活習慣が大きく変化したり、多大な不安やストレスを抱えておられる方が多いことが予想されます。

県民健康管理調査では、詳細調査の一貫として、避難区域等の住民の方を対象に、こころとからだの健康状態や現在の生活習慣などを把握して、皆様の今後の健康管理に役立てることを目的に、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、生年月日が平成10年4月2日から平成16年4月1日までのお子様（平成23年3月11日時点で小学生であったお子様）を対象に配付しております。

本調査票に記載された個人情報、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供しますが、個人が特定される形で公表することはありません。

なお、本調査票には、対象となったお子様について、保護者の方がご記入ください。

本調査票がお手元に届きましたら、恐れ入りますが、おおむね2週間を目安に返送くださるようお願いいたします。

本調査についてご不明な点などございましたら、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

福 島 県  
福島県立医科大学

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、  
当てはまる口に✓を記入してください。

ご記入日：平成23年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

回答していただく方はどなたですか。(一つに✓)

<sub>1</sub> 母親    <sub>2</sub> 父親    <sub>3</sub> 祖父母    <sub>4</sub> その他 ( \_\_\_\_\_ )

ふりがな  
お子様のご氏名： \_\_\_\_\_

性別：<sub>1</sub> 男    <sub>2</sub> 女

保護者のご氏名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

お子様の生年月日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

平成23年3月11日現在の住民票上の住所：表紙の住所と同じ(記載省略可)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

現在の住所：表紙の住所と同じ(記載省略可)

<sub>2</sub> 3月11日現在の住民票上の住所と同じ(記載省略可)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

転居予定先住所(今後の転居先が決まっている方は、こちらをご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

転居予定日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

連絡先 ※記入漏れなどの確認のために、調査担当者が直接お尋ねすることがあり、その際に必要となります。

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 様方)

携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

問1. 現在のお子様の健康状態はどうか。(当てはまるもの1つに✓)

きわめて良好 1 <input type="checkbox"/>	良好 2 <input type="checkbox"/>	普通 3 <input type="checkbox"/>	悪い 4 <input type="checkbox"/>	きわめて悪い 5 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

問2. 今回の震災にて、お子様が経験したあてはまるものすべてに✓を付けてください。

- 1  地震 2  津波 3  原子力発電所事故 (爆発音を聞いた) 4  いずれもなし

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 →

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 →

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

1. CT 検査

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

3  わからない

問6. 今までに、お子様は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。

- <sub>1</sub> ない    <sub>2</sub> ある    <sub>3</sub> わからない

複数ある方は、  
それぞれについて  
お答えください。

何のご病気でしたか？	いつ頃でしたか？
( )	歳    カ月ごろ
( )	歳    カ月ごろ
( )	歳    カ月ごろ

問7. お子様がふつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時ごろですか。

寝る時刻    時頃                      起きる時刻    時頃

問8. お子さんは普段、体育の授業以外に運動をどのくらいしていますか。  
(部活動・スポーツ関連の習い事など) (当てはまるもの1つに✓)

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



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）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？  
 当てはまるもの1つに✓を付けてください。

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"/>

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下さい（例：☑）。答えに自信がなくても、或いは、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下さい。

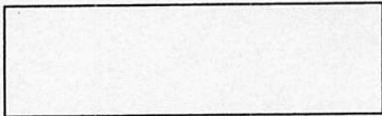
あなたのお子さんのここ半年くらいの行動についてお答え下さい。

	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 落ち着きがなく、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、大体は大人の言うことをよく聞く。	<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 年下の子どもに対してやさしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よく大人に対して口答えする。	<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ことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 他の人にたいしていじわるをする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもより、大人といる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"/>

質問はこれで終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。

〔お問い合わせ先〕

- 調査全般に関するお問合せ  
福島県保健福祉部 健康管理調査室  
電話番号 024-521-8028 (8:30~19:00)
  
- 調査票の発送、記入方法に関するお問合せ  
福島県立医科大学 県民健康管理調査事務局  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)



県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

平成 23 年度

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票

## (子ども用③)

〒963-0000

福島市光が丘1番地

医大アパート302号室

医 大 太 郎 様

00X0X0

今回の大震災に伴う原子力災害により、これまでの生活とは全く異なる避難生活を余儀なくされ、生活習慣が大きく変化したり、多大な不安やストレスを抱えておられる方が多いことが予想されます。

県民健康管理調査では、詳細調査の一貫として、避難区域等の住民の方を対象に、こころとからだの健康状態や現在の生活習慣などを把握して、皆様の今後の健康管理に役立てることを目的に、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、平成7年4月2日から平成10年4月1日までのお子様（平成23年3月11日時点で中学生であったお子様）を対象に配付しております。

本調査票に記載された個人情報は、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供しますが、個人が特定される形で公表することはありません。

本調査票の問1～5までは、保護者の同意のもと対象となったお子様ご本人に記入いただきますので、次ページの保護者署名欄にご署名の上、記入してください。

問6以降については、対象となったお子様について保護者の方がご記入ください。

本調査票がお手元に届きましたら、恐れ入りますが、おおむね2週間を目安に返送くださるようお願いいたします。

本調査についてご不明な点などございましたら、巻末のお問い合わせ先までご連絡ください。

福 島 県  
福島県立医科大学

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、  
当てはまる口に✓を記入してください。

ご記入日：平成 23 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。(一つに✓)

母親     父親     祖父母     その他 ( \_\_\_\_\_ )

お子様のご氏名： \_\_\_\_\_  
ふりがな

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) \_\_\_\_\_

平成23年3月11日現在の住民票上の住所： 表紙の住所と同じ (記載省略可)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

現在の住所： 表紙の住所と同じ (記載省略可)

3月11日現在の住民票上の住所と同じ (記載省略可)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

転居予定先住所 (今後の転居先が決まっている方は、こちらをご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都・道  
府・県

市・区  
郡

区・町  
村

アパート等名称・部屋番号 \_\_\_\_\_

転居予定日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

連絡先 ※記入漏れなどの確認のために、調査担当者が直接お尋ねすることがあり、その際に必要となります。

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 様方)

携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

問1から問6までは、ご本人がお答えください。

回答者：<sub>1</sub>  本人      <sub>2</sub>  代理（続柄 \_\_\_\_\_）

問1. 現在のあなたの健康状態はどうか。（当てはまるもの1つに✓）

きわめて良好 <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	良好 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>	普通 <sub>3</sub> <input type="checkbox"/>	悪い <sub>4</sub> <input type="checkbox"/>	きわめて悪い <sub>5</sub> <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---

問2. ここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか。

<sub>1</sub>  はい      <sub>2</sub>  いいえ

それは、どのような症状ですか。当てはまるものすべてに○を付けてください。  
また、災害後悪化したものには◎をつけてください。

- |                                |                 |                 |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| a. 手足の関節が痛む                    | b. いらいらしやすい     | c. 頭痛           |
| d. めまい                         | e. 動悸           | f. 息切れ          |
| g. せきやたんが出る                    | h. ゼイゼイする       | i. 下痢           |
| j. 便秘                          | k. 食欲不振         | l. 腹痛・胃痛        |
| m. 痔による痛み・出血など                 | n. 歯が痛い         | o. 歯ぐきのはれ・出血    |
| p. かみにくい                       | q. かゆみ（湿疹・水虫など） | r. 腰痛           |
| s. 尿失禁（尿がもれる）                  | t. 足のむくみやだるさ    | u. 尿が出にくい・排尿時痛い |
| v. 切り傷・やけどなどのけが                | w. 月経不順・月経痛     | x. 骨折・ねんざ・脱臼    |
| y. その他（                      ） |                 |                 |

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？

<sub>1</sub>  十分だと思う      <sub>2</sub>  やや足りない      <sub>3</sub>  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）（当てはまるもの1つに✓）

<sub>1</sub>  ほとんど毎日している      <sub>2</sub>  週に2～4回している

<sub>3</sub>  週1回程度している      <sub>4</sub>  ほとんどしていない

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）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）？  
 当てはまるもの1つに✓を付けてください。

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"/>

問6. 今回の震災にて、あなたが経験したあてはまるものすべてに✓を付けてください。

1  地震 2  津波 3  原子力発電所事故（爆発音を聞いた） 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。



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 → 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 → 具体的な病名  
( )

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。

あてはまるものに✓を記入してください。

1. CT 検査

- 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 → 何のご病気でしたか?    何歳の頃でしたか?  
 3. わからない

( )	( )	歳ごろ
( )	( )	歳ごろ
( )	( )	歳ごろ

複数ある方は、  
それぞれについて  
お答えください。

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下さい（例：☑）。答えに自信がなくても、或いは、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下さい。

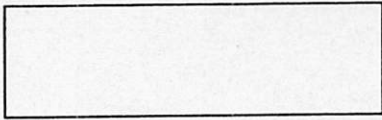
あなたのお子さんのここ半年くらいの行動についてお答え下さい。

	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 落ち着きがなく、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、大体は大人の言うことをよく聞く。	<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 年下の子どもに対してやさしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よく大人に対して口答えする。	<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ことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 他の人にたいしていじわるをする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもより、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"/>

質問はこれで終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。

〔お問い合わせ先〕

- 調査全般に関するお問合せ  
福島県保健福祉部 健康管理調査室  
電話番号 024-521-8028 (8:30~19:00)
  
- 調査票の発送、記入方法に関するお問合せ  
福島県立医科大学 県民健康管理調査事務局  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)



県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学