



様式第2号(研究用)

申請結果通知書

平成24年 1月 6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

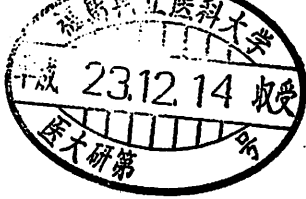
受付番号 1317 課題名 福島第一原子力発電所の事故に伴う福島県妊産婦健康調査

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

平成30年12月14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 1317

所属長  
承認印



1 課題名 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う福島県妊産婦健康調査
2 変更の概要 ① 調査票中の文言等の加筆・削除・変更。 ※ 変更箇所は「新旧対照表」に赤字で示した。 ② 調査票に添書を付けて送付することとする。
3 変更の理由 ① 文中で使用されている文言が、誤解を招きやすい表現であったため、わかりやすい表現に変更した。 並列の順番が、回答者に不快感を与えかねない部分があったため、修正するもの。 回答者が読みやすく答えやすい調査票とするために、罫線の太さなどを調整した。 ② 調査の意義や今後の対応など、調査票の表紙だけでは説明不足であり不明確なため、添書のできる限り詳しく記載し、理解を求めるもの。

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。

新

平成 23 年度

00X0X0

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票 (妊産婦用)

〒983-0000

福島市光が丘1番地  
医大アパート302号室

医 大 花 子 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く、特に、妊産婦の方においては、医療機関の変更や定期受診等ができなくなり、ご自身やお子様の健康管理が十分に行えない状況です。このため福島県では、県民健康管理調査における、詳細調査の一環として、福島県の妊産婦の方を対象に、健康状態等を把握して、皆様方の今後の健康管理に役立てていただくことを目的に、福島県立医科大学に委託して、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳の交付資料に基づき、平成 22 年 8 月 1 日から平成 23 年 7 月 31 日までに母子健康手帳を交付された方、ならびに福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方であっても、福島県内に転入または滞在して 3 月 11 日以降に福島県内で妊婦健診を受けたり、分娩した方（いわゆる里帰りをした方）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。

なお、本調査票には、ご本人がご記入ください。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

旧

平成 23 年度

# 県民健康管理調査 詳細調査 調査票 (妊産婦用)

〒983-0000

福島市光が丘1番地  
医大アパート302号室

医 大 花 子 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。特に、妊産婦の方においては、医療機関の変更や定期受診等ができなくなり、ご自身やお子様の健康管理が十分に行えない状況がありました。

県民健康管理調査では、詳細調査の一貫として、県内の妊産婦の方を対象に、健康状態等を把握して、皆様方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、福島県各地方自治体の母子健康手帳の配付資料に基づき、平成 22 年 8 月 1 日から平成 23 年 7 月 31 日までに母子健康手帳を交付された女性を対象に配布しております。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。

なお、本調査票には、ご本人がご記入ください。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

# 新

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（当てはまる口に✓を記入）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理（続柄 _____）
ふりがな ご本人氏名： _____	
生年月日： <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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： _____ - _____ - _____	

上記、ご記入の後、次ページからの質問にご回答ください。

# 旧

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（当てはまる口に✓を記入）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理（続柄 _____）
ふりがな ご氏名： _____	
生年月日： <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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： _____ - _____ - _____	

上記、ご記入の後、次ページからの質問にご回答ください。

新

◀これからの全ての質問は平成22年8月1日以降平成23年7月31日までに母子健康手帳(以下母子手帳)を交付された女性にのみお聞きするものです。▶

問1. 妊娠・出産についてお尋ねいたします。

交付された母子手帳と対応する妊娠を含めないそれ以前の、出産回数、妊娠回数、自然流産回数、人工妊娠中絶回数、死産回数を教えてください。なしの場合は「0」と記入してください。

合計  回妊娠

そのうち  回出産  回自然流産  回人工妊娠中絶  回死産

(参考1)

妊娠1か月: 妊娠0週～妊娠3週  
妊娠2か月: 妊娠4週～妊娠7週  
妊娠3か月: 妊娠8週～妊娠11週  
妊娠4か月: 妊娠12週～妊娠15週  
妊娠5か月: 妊娠16週～妊娠19週  
妊娠6か月: 妊娠20週～妊娠23週  
妊娠7か月: 妊娠24週～妊娠27週  
妊娠8か月: 妊娠28週～妊娠31週  
妊娠9か月: 妊娠32週～妊娠35週  
妊娠10か月: 妊娠36週～妊娠39週  
妊娠11か月: 妊娠40週～妊娠43週

(参考2)

自然流産: 妊娠22週未満の妊娠の終了  
人工妊娠中絶: 妊娠22週未満の人工的な妊娠の終了  
死産: 妊娠22週以降での子宮内で亡くなった胎児の娩出  
出産: 妊娠22週以降での生児の娩出  
とします。

旧

◀これからの全ての質問は平成22年8月1日以降平成23年7月31日までに母子健康手帳(以下母子手帳)を交付された女性にのみお聞きするものです。▶

1. 妊娠・出産についてお尋ねいたします。

交付された母子手帳と対応する妊娠を含めないそれ以前の、妊娠回数、自然流産回数、人工妊娠中絶回数、死産回数、出産回数を教えてください。なしの場合は「0」と記入してください。

合計  回妊娠

そのうち  回自然流産  回人工妊娠中絶  回死産  回出産

(参考1)

妊娠1か月: 妊娠0週～妊娠3週  
妊娠2か月: 妊娠4週～妊娠7週  
妊娠3か月: 妊娠8週～妊娠11週  
妊娠4か月: 妊娠12週～妊娠15週  
妊娠5か月: 妊娠16週～妊娠19週  
妊娠6か月: 妊娠20週～妊娠23週  
妊娠7か月: 妊娠24週～妊娠27週  
妊娠8か月: 妊娠28週～妊娠31週  
妊娠9か月: 妊娠32週～妊娠35週  
妊娠10か月: 妊娠36週～妊娠39週  
妊娠11か月: 妊娠40週～妊娠43週

(参考2)

自然流産: 妊娠22週未満の妊娠の終了  
人工妊娠中絶: 妊娠22週未満の人工的な妊娠の終了  
死産: 妊娠22週以降での子宮内で亡くなった胎児の娩出  
出産: 妊娠22週以降での生児の娩出  
とします。



◀以下の問3～9は妊娠中のことに関する質問です。お分かりになる範囲でお答えください。▶

問3. おなかの赤ちゃん(分娩(出産・死産を含む)した赤ちゃん)は

- 一人(単胎)  二人(ふたご)

問4. 震災後の妊婦健康診査(以下妊婦健診)の受診状況についてお答えください。

当初より妊婦健診・分娩を予定していた施設でその後も妊婦健診・分娩を継続しましたか？

- いいえ  はい

- 自分で県内別施設へ変更した
- 自分で県外別施設へ変更した
- 震災前から県内の別施設に里帰り受診していた
- 震災前から県外の別施設に里帰り受診していた
- 医学的理由により県内別施設へ移動を指示(または搬送)された
- 医学的理由により県外別施設へ移動を指示(または搬送)された

問5. 妊婦健診が予定通り受診できましたか？

- いいえ  はい

- 予定通りに受診できなかったため、入院を必要とした
- 予定通りに受診できなかったが、妊娠経過に問題はなかった

問6. あなたには、妊娠前にかかったことのある病気がありますか？

- あり  なし

以下に挙げる具体的な病名のうち、当てはまるものすべてに✓をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  高脂血症  がん
- 脳卒中(脳こうそく・脳出血・くも膜下出血)  心臓病(心筋梗塞・狭心症)
- 慢性肝炎  肺炎  甲状腺疾患  精神疾患
- その他( )

◀以下3～9の間は妊娠中のことに関する質問です。お分かりになる範囲でお答えください。▶

3. おなかの赤ちゃん(分娩(死産・出産を含む)した赤ちゃん)は

- 一人(単胎)  二人(ふたご)

4. 震災後の妊婦健康診査(以下妊婦健診)の受診状況についてお答えください。

当初より妊婦健診・分娩を予定していた施設でその後も妊婦健診・分娩を継続しましたか。

- いいえ  はい

- 自分で県内別施設へ変更した
- 自分で県外別施設へ変更した
- 震災前から県内の別施設に里帰り受診していた
- 震災前から県外の別施設に里帰り受診していた
- 医学的理由により県内別施設へ移動を指示(または搬送)された
- 医学的理由により県外別施設へ移動を指示(または搬送)された

5. 妊婦健診が予定通り受診できましたか。

- いいえ  はい

- 予定通りに受診できなかったため、入院を必要とした
- 予定通りに受診できなかったが、妊娠経過に問題はなかった

6. あなたには、妊娠前にかかったことのある病気がありますか？

- はい  いいえ

以下に挙げる具体的な病名のうち、当てはまるものすべてに✓をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  高脂血症  がん
- 脳卒中(脳こうそく・脳出血・くも膜下出血)  心臓病(心筋梗塞・狭心症)
- 慢性肝炎  肺炎  甲状腺疾患  精神疾患
- その他( )

問7. あなたには妊娠をしてから震災までに告げられていた病気・状態がありましたか？

あり  なし

1) 具体的な病気・状態を教えてください。(当てはまるものすべてに✓をつけてください。)

妊娠高血圧症候群  妊娠糖尿病  前置胎盤  切迫流産  
 切迫早産  流産  早産  不眠、不安などの精神的問題  
 肺炎・インフルエンザ・破傷風等の感染症  羊水過多  
 羊水過少  血栓症(エコノミークラス症候群)・肺塞栓症  
 脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など)  
 外傷  その他( )

2) それらの病気・状態は震災後の妊娠経過で、悪化しましたか？

あり  なし  わからない

問8. あなたの妊娠経過において震災後に新たな病気・状態があらわれましたか？

あり  なし

1) 問7-1)の内容から選択し番号でご記入下さい。 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) それらの病気・状態は震災後の妊娠経過で、悪化しましたか？

あり  なし  わからない

問9. 問6~8で病気が「あり」と答えた方のみにお尋ねいたします。

震災後、その病気・状態に関するケアは十分に受けられましたか？

受けられたと思う  受ける必要がなかった  
 自分が受診できる状態ではなく、受診が遅れ発見・治療が遅れた  
 受診可能な医療機関がなく、発見・治療が遅れた

または、 に印をつけた方にお尋ねいたします。  
このことはあなたの妊娠経過や胎児に影響がありましたか？

あり  なし  わからない

現在、妊娠を継続されている方はここまでです。返信用封筒に入れてご提出ください。

7. あなたには妊娠をしてから震災までに告げられていた病気・状態がありましたか？

あり  なし

1) 具体的な病気・状態を教えてください。(当てはまるものすべてに✓をつけてください。)

妊娠高血圧症候群  妊娠糖尿病  前置胎盤  切迫流産  
 切迫早産  流産  早産  不眠、不安などの精神的問題  
 肺炎・インフルエンザ・破傷風等の感染症  羊水過多  
 羊水過少  血栓症(エコノミークラス症候群)・肺塞栓症  
 脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など)  
 外傷  その他( )

2) それらの病気・状態は震災後の妊娠経過で、悪化がありましたか？

あり  なし  わからない

8. あなたの妊娠経過において震災後に新たな病気・状態があらわれましたか？

あり  なし

1) 問8-(1)の内容から選択し番号でご記入下さい。 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) それらの病気・状態は震災後の妊娠経過で悪化がありましたか？

あり  なし  わからない

9. 問6, 7, 8で病気が「あり」と答えた方のみにお尋ねいたします。

震災後、その病気・状態に関するケアは十分に受けられましたか？

受けられたと思う  
 自分が受診できる状態ではなく、受診が遅れ発見・治療が遅れた  
 受診可能な医療機関がなく、発見・治療が遅れた

または、 に印をつけた方にお尋ねいたします。  
このことはあなたの妊娠経過や胎児に影響がありましたか？

あり  なし  わからない

現在、妊娠を継続されている方はここまでです。返信用封筒に入れてご提出ください。



## 新

◀以下の問10~12は、妊娠12週以降(妊娠4か月以降)の分娩をされた方(満期で分娩された方、妊娠22週未満の自然流産・人工妊娠中絶された方、および妊娠22週以降の死産・出産を経験された方)にお聞きするものです。あなた自身、ならびにお子様に関してお尋ねいたします。母子手帳などを参照のうえ、該当する部分をわかる範囲でご記入ください。▶

問10. おなかの赤ちゃんは生まれたときどのような格好でしたか？

頭位 (頭から分娩)     骨盤位 (さかご)     その他     不明

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

頭位 (頭から分娩)     骨盤位 (さかご)     その他     不明

問11. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠 (   ) 週 (  ) 日

自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)     吸引・鉗子分娩     帝王切開で分娩

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)     吸引・鉗子分娩     帝王切開で分娩

## 旧

◀以下の問は妊娠12週以降(妊娠4か月以降)の分娩をされた方(妊娠22週未満の自然流産・人工妊娠中絶、および妊娠22週以降の死産・出産を経験された方)にお聞きするものです。あなた自身、ならびにお子様に関してお尋ねいたします。母子手帳などを参照のうえ、該当する部分をご記入ください。▶

10. おなかの赤ちゃんは生まれるときどのような格好でしたか。

頭位 (頭から分娩)     骨盤位 (さかご)     その他     不明

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

頭位 (頭から分娩)     骨盤位 (さかご)     その他     不明

11. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠 (   ) 週 (  ) 日

自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)     吸引・鉗子分娩     帝王切開 で分娩。

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)     吸引・鉗子分娩     帝王切開 で分娩。

新

問12. 分娩時のお子様についてご記入下さい。また、お子様の出産状況についてご記入下さい  
(太枠内は母子手帳等ご参照ください)。

<ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用下さい。>

第1子		第2子	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm	体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm
胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm	胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm
新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない		新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない	
先天奇形・異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		先天奇形・異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

旧

12. 分娩時のお子様についてご記入下さい。また、お子様の異常についてご記入下さい(母子手帳等ご参照ください)。

<ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用下さい。>

第1子		第2子	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm	体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm
胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm	胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm
新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない		新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない	
先天奇形・異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		先天奇形・異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

流産、中絶、死産であった方はここまでです。返信用封筒に入れてご提出ください。

出産された方は、次のページの間にもお答えください。

流産、中絶、死産であった方はここまでです。返信用封筒に入れてご提出ください。

出産された方は、次のページの間にもお答えください。

新

◀以下の問は出産された方がお答えください▶

問13. これまで(離乳食をはじめるまで)の間、お子さんの栄養方法は？

1 母乳のみ     2 ミルクと母乳の混合     3 ミルクのみ

1) ミルクをお使いの(お使いだった)方にうかがいます。ミルクを使った理由は何ですか？

1 母乳不足のため  
 2 放射線の母乳への影響が心配なため  
 3 その他の理由 (具体的な理由: \_\_\_\_\_ )

2) ミルクの作成に使っている(使った)水は、次のうちどれですか？

1 水道水     2 ミネラルウォーター     3 その他( \_\_\_\_\_ )

問14. 震災による影響(母体の栄養摂取不足や物資不足でのミルク入手困難など)で、お子さんに十分な栄養を与えられないことがありましたか？

1 あり     2 なし     3 わからない

問15. 1か月健診が終了している方はご記入下さい。

お子様の発育はどうでしたか？

<ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用ください>

第1子		第2子	
生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
に1か月健診を受診		に1か月健診を受診	
体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良		栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良	

旧

◀以下の問は出産された方がお答えください▶

13. これまで(離乳食をはじめるまで)の間、お子さんの栄養方法は？

1 母乳のみ     2 ミルクと母乳の混合     3 ミルクのみ

1) ミルクをお使いの(お使いだった)方にうかがいます。ミルクを使った理由は何ですか？

1 母乳不足のため  
 2 放射線の母乳への影響が心配なため  
 3 その他の理由 (具体的な理由: \_\_\_\_\_ )

2) ミルクの作成に使っている(使った)水は、次のうちどれですか？

1 水道水     2 ミネラルウォーター     3 その他( \_\_\_\_\_ )

14. 震災による影響(母体の栄養摂取不足や物資不足でのミルク入手困難など)で、お子さんに十分な栄養を与えられないことがありましたか？

1 あり     2 なし     3 わからない

15. 1か月健診が終了している方はご記入下さい。

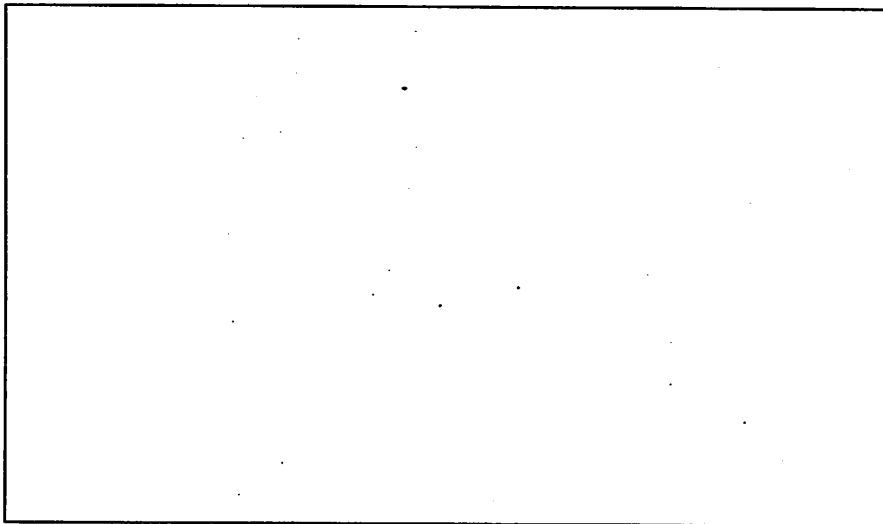
お子様の発育はどうでしたか？

<ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用ください>

第1子		第2子	
生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
に1か月健診を受診		に1か月健診を受診	
体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良		栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良	

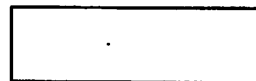
新

本調査や震災時の支援などにつきまして、ご意見、ご要望などありましたらお書きください。

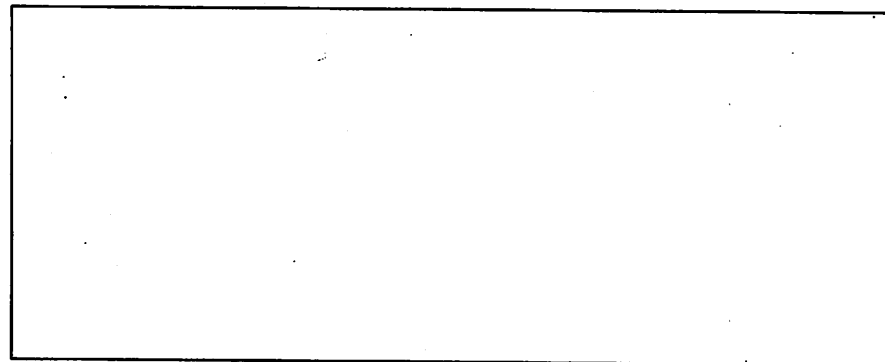


これで質問はすべて終わりです。返信用封筒に入れてご提出ください。

旧



本調査や震災時の支援などにつきまして、ご意見、ご要望などありましたらお書きください。



これで質問はすべて終わりです。返信用封筒に入れてご提出ください。

新

旧

【お問い合わせ先】

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)

【お問い合わせ先】

- 調査全般に関するお問合せ  
福島県災害対策本部 救援班 県民健康管理チーム  
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)

新

00X0X0X

旧

県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

00X0X0X

平成 23 年度

県民健康管理調査  
詳細調査 調査票  
(妊産婦用)

〒963-0000

福島市光が丘 1 番地

医大アパート 302 号室

医 大 花 子 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く、特に、妊産婦の方においては、医療機関の変更や定期受診等ができなくなり、ご自身やお子様の健康管理が十分に行えない状況です。このため福島県では、県民健康管理調査における、詳細調査の一環として、福島県の妊産婦の方を対象に、健康状態等を把握して、皆様方の今後の健康管理に役立てていただくことを目的に、福島県立医科大学に委託して、質問紙調査を行うこととしました。

この調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳の交付資料に基づき、平成 22 年 8 月 1 日から平成 23 年 7 月 31 日までに母子健康手帳を交付された方、ならびに福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方であっても、福島県内に転入または滞在して 3 月 11 日以降に福島県内で妊婦健診を受けたり、分娩した方（いわゆる里帰りをした方）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、本調査票は、ご本人がご記入ください。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（当てはまる口に✓を記入）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理（続柄 _____）
ふりがな ご本人氏名： _____	
生年月日： <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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： _____ - _____ - _____	

上記、ご記入の後、次ページからの質問にご回答ください。



《これからの全ての質問は平成22年8月1日以降平成23年7月31日までに母子健康手帳(以下母子手帳)を交付された女性にのみお聞きするものです。》

問1. 妊娠・出産についてお尋ねいたします。

交付された母子手帳と対応する妊娠を含めないそれ以前の、出産回数、妊娠回数、自然流産回数、人工妊娠中絶回数、死産回数を教えてください。なしの場合は「0」と記入してください。

合計  回妊娠

そのうち  回出産  回自然流産  回人工妊娠中絶  回死産

(参考1)

妊娠1か月:妊娠0週～妊娠3週  
妊娠2か月:妊娠4週～妊娠7週  
妊娠3か月:妊娠8週～妊娠11週  
妊娠4か月:妊娠12週～妊娠15週  
妊娠5か月:妊娠16週～妊娠19週  
妊娠6か月:妊娠20週～妊娠23週  
妊娠7か月:妊娠24週～妊娠27週  
妊娠8か月:妊娠28週～妊娠31週  
妊娠9か月:妊娠32週～妊娠35週  
妊娠10か月:妊娠36週～妊娠39週  
妊娠11か月:妊娠40週～妊娠43週

(参考2)

自然流産:妊娠22週未満の妊娠の終了  
人工妊娠中絶:妊娠22週未満の人工的な妊娠の終了  
死産:妊娠22週以降での子宮内で亡くなった胎児の娩出  
出産:妊娠22週以降での生児の娩出  
とします。



《以下の問3～9は妊娠中のことに関する質問です。お分かりになる範囲でお答えください。》

問3. おなかの赤ちゃん(分娩(出産・死産を含む)した赤ちゃん)は

一人(単胎)  二人(ふたご)

問4. 震災後の妊婦健康診査(以下妊婦健診)の受診状況についてお答えください。

当初より妊婦健診・分娩を予定していた施設でその後も妊婦健診・分娩を継続しましたか？

いいえ  はい

- 自分で県内別施設へ変更した  
 自分で県外別施設へ変更した  
 震災前から県内の別施設に里帰り受診していた  
 震災前から県外の別施設に里帰り受診していた  
 医学的理由により県内別施設へ移動を指示(または搬送)された  
 医学的理由により県外別施設へ移動を指示(または搬送)された

問5. 妊婦健診が予定通り受診できましたか？

いいえ  はい

- 予定通りに受診できなかったため、入院を必要とした  
 予定通りに受診できなかったが、妊娠経過に問題はなかった

問6. あなたには、妊娠前にかかったことのある病気がありますか？

あり  なし

以下に挙げる具体的な病名のうち、当てはまるものすべてに✓をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  高脂血症  がん  
 脳卒中(脳こうそく・脳出血・くも膜下出血)  心臓病(心筋梗塞・狭心症)  
 慢性肝炎  肺炎  甲状腺疾患  精神疾患  
 その他( )



《以下の問10～12は、妊娠 12 週以降(妊娠4か月以降)の分娩をされた方(満期で分娩された方、妊娠 22 週未満の自然流産・人工妊娠中絶された方、および妊娠 22 週以降の死産・出産を経験された方)にお聞きするものです。あなた自身、ならびにお子様に関してお尋ねいたします。母子手帳などを参照のうえ、該当する部分をわかる範囲でご記入ください。》

問10. おなかの赤ちゃんは生まれたときどのような格好でしたか？

- 1 頭位 (頭から分娩)       2 骨盤位 (さかご)       3 その他       4 不明

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

- 1 頭位 (頭から分娩)       2 骨盤位 (さかご)       3 その他       4 不明

問11. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠 (   ) 週 (  ) 日

- 1 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)       2 吸引・鉗子分娩       3 帝王切開で分娩

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

- 1 自然分娩 (分娩誘発剤使用を含む)       2 吸引・鉗子分娩       3 帝王切開で分娩

問12. 分娩時のお子様についてご記入下さい。また、お子様の出産状況についてご記入下さい。  
(太枠内は母子手帳等ご参照ください)。

<ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用下さい。>

第1子		第2子	
性別 1 <input type="checkbox"/> 男 2 <input type="checkbox"/> 女		性別 1 <input type="checkbox"/> 男 2 <input type="checkbox"/> 女	
体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm	体重 □□□□ g	身長 □□.□ cm
胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm	胸囲 □□.□ cm	頭囲 □□.□ cm
新生児仮死 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を 1 <input type="checkbox"/> した 2 <input type="checkbox"/> しなかった 3 <input type="checkbox"/> わからない		新生児仮死 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし →「あり」の場合、蘇生を 1 <input type="checkbox"/> した 2 <input type="checkbox"/> しなかった 3 <input type="checkbox"/> わからない	
先天奇形・異常 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 1 <input type="checkbox"/> 白内障 2 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 3 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 4 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) 5 <input type="checkbox"/> 小頭症 6 <input type="checkbox"/> 水頭症 7 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 8 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 9 <input type="checkbox"/> 鎖肛 10 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 11 <input type="checkbox"/> その他 ( )		先天奇形・異常 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし ↓「あり」の場合、詳細をご記入下さい。 1 <input type="checkbox"/> 白内障 2 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 3 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 4 <input type="checkbox"/> 二分脊椎(背中に穴が開いている病気) 5 <input type="checkbox"/> 小頭症 6 <input type="checkbox"/> 水頭症 7 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 8 <input type="checkbox"/> 消化管(食道・十二指腸・空腸・回腸)閉鎖 9 <input type="checkbox"/> 鎖肛 10 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 11 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

流産、中絶、死産であった方はここまでです。返信用封筒に入れてご提出ください。

出産された方は、次のページの問にもお答えください。

《以下の問は出産された方がお答えください》

問13. これまで(離乳食をはじめるまで)の間、お子さんの栄養方法は？

1 母乳のみ     
  2 ミルクと母乳の混合     
  3 ミルクのみ

1) ミルクをお使いの(お使いだった)方にうかがいます。ミルクを使った理由は何ですか？

1 母乳不足のため  
 2 放射線の母乳への影響が心配なため  
 3 その他の理由 (具体的な理由: \_\_\_\_\_)

2) ミルクの作成に使っている(使った)水は、次のうちどれですか？

1 水道水     
  2 ミネラルウォーター     
  3 その他( \_\_\_\_\_ )

問14. 震災による影響(母体の栄養摂取不足や物資不足でのミルク入手困難など)で、お子さんに十分な栄養を与えられないことがありましたか？

1 あり     
  2 なし     
  3 わからない

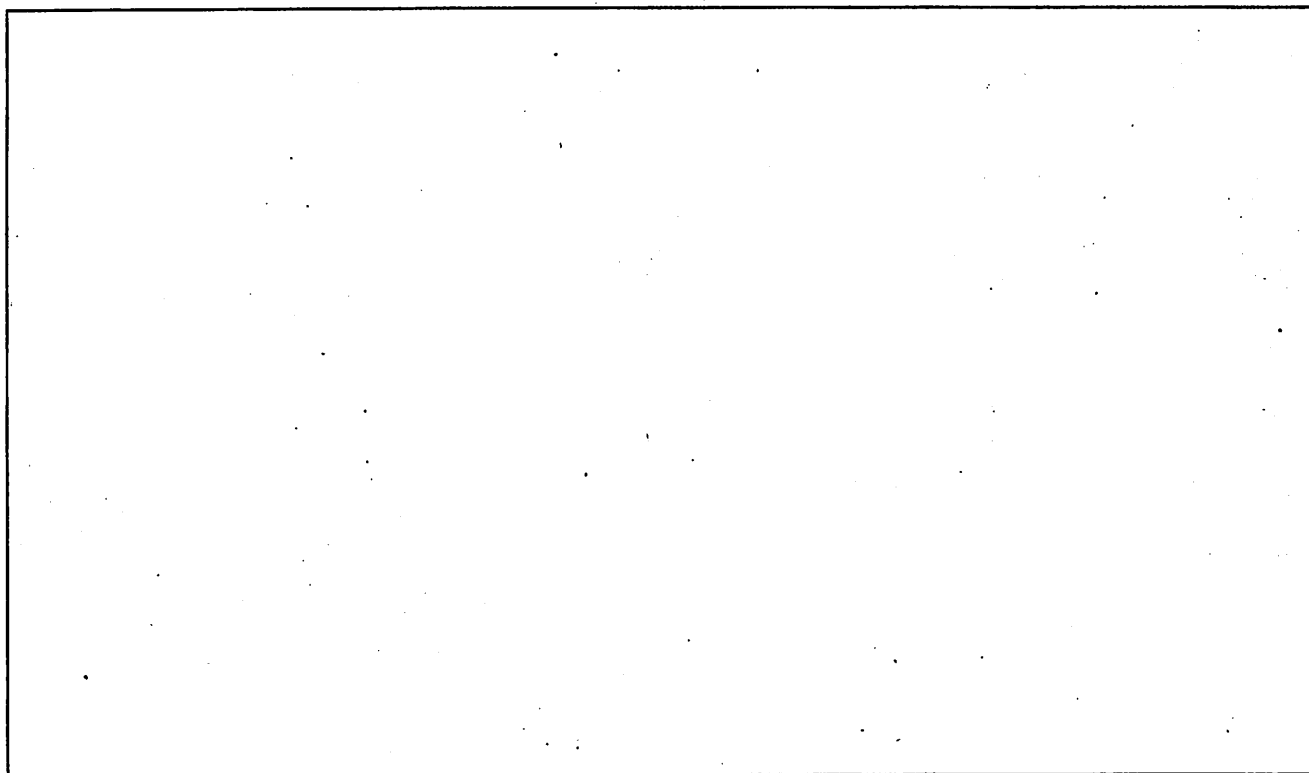
問15. 1か月健診が終了している方はご記入下さい。

お子様の発育はどうでしたか？

＜ふたごの際には産まれた順に第1子→第2子の欄をご使用ください＞

第1子		第2子	
生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
に1か月健診を受診		に1か月健診を受診	
体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良		栄養状態は <input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 要指導 <input type="checkbox"/> 3 不良	

本調査や震災時の支援などにつきまして、ご意見、ご要望などありましたらお書きください。



これで質問はすべて終わりです。返信用封筒に入れてご提出ください。



〔お問い合わせ先〕

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)

00X0X0X

県民健康管理調査



福島県・福島県立医科大学

【調査対象・調査期】

～県民健康管理調査実施要領～

（90） 51-00781 0013-0000-0000 平素感謝

平成24年1月吉日

福島県の妊産婦様へ

福島県産婦人科医会会長 幡 研一  
福島県産科婦人科学会会長 藤森 敬也  
福島県立医科大学理事長 菊地 臣一

福島県妊産婦の平成23年度県民健康管理調査(妊産婦に関する調査)への協力をお願い

今回の震災に伴い、福島県の委託を受け福島県立医科大学（以下「医大」という。）では、県民の健康管理の取り組みの一つとして「妊産婦に関する調査」を行うことになりました。福島第一原発の事故以降福島県内外の県民の皆様のご不安は大きく、また、各市町村や医療機関も妊産婦様の移動状況を把握できず、十分な母児管理指導などが行えていないのが現状です。

そこで医大では、今回の震災以降、ご不安を抱えた妊産婦様に対しまして、不安を軽減するための支援を提供すると同時に、震災の影響や妊産婦様に適切な医療が提供されたのかを調査することで、今後の緊急時の産科医療及び母児支援を含めた協力体制や、市町村と医療機関間の連携体制を確立したいと考えております。そして、今後妊産婦様ご自身が次のお子様をもうけられたときのため、さらに、福島県内で新しくお母さんになれる方に対しても、よりよい体制作りをすることでよりよい医療を提供することを目的に、妊産婦様の調査とともにご意見を頂くことになりました。

調査の対象の妊産婦様は、平成22年8月1日から平成23年7月31日までに、福島県内の市町村から母子健康手帳の交付を受けた方及び福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方であっても、福島県内に転入または滞在して平成23年3月11日以降に福島県内で妊婦健診を受けたり、分娩した方（いわゆる里帰りをした方）としています。

調査票のご不明な点につきましては医大放射線医学県民健康管理センター（以下、「県民健康管理センター」という。）が相談窓口となります。また、本調査や震災時の支援に限らず、ご自身の体調や赤ちゃんの心配事などございましたら、最後のご意見、ご要望欄にご記入いただけましたら対応して参ります。

対象となられました妊産婦様の健康管理、相談窓口として、県民健康管理センター内に、定期的に助産師を配置し、育児相談をはじめとした心配事、その他のご相談をお受けいたします。お答えいただいた内容により支援が必要と判断した場合は、こちらからお電話させていただきますこととございます。さらに、医師対応が必要と考えられる方々には、医大・産科婦人科学講座の医師や、福島県産婦人科医会の医師（現在かかりつけの産科婦人科の医師）が対応いたします。県外に避難された方で、かかりつけ医のいない方も同様に県民健康管理センターが相談窓口となります。

最後になりますが、ご自身の安心、そして福島で新しくお母さんになろうとしている方々への安心の提供のため、是非ご協力頂ければと存じます。

お問い合わせ先

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター  
電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)

## 福島県の妊産婦のみなさん、体調はいかがでしょう。

福島県の委託を受け福島県立医科大学では、県民健康管理調査の詳細調査の一環として、妊産婦の方々への「妊産婦に関する調査」を実施しております。

この調査票は、

- ① 平成22年8月1日から平成23年7月31日までに福島県内の市町村から母子健康手帳を交付された方
- ② 上記①の期間内に福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方の中で平成23年3月11日以降に福島県内で妊産婦健診を受けた方、分娩(いわゆる里帰り出産)された方で申し出のあった方

にお送りしております。

震災後の皆さまの様子、お気持ちを伺って、ご自身や赤ちゃんの健康管理のお手伝いをさせていただきたい！妊産婦の方々にすこしでも安心して生活していただきたい！そして、皆さまからいただいた調査結果をもとに、福島県で暮らす妊産婦の方々に安心していただけるような、母子支援体制を整備したい！という思いでこの調査を実施しております。調査票の最後には、ご意見、ご要望欄も設けておりますので、ご自身の体調や赤ちゃんの心配事などご自由にご記入いただき、皆さまの生の声をお聞かせ下さい。

### 調査票回収後・・・

- ① 育児や出産に関する心配事、ご相談がございましたら、助産師が対応いたします。
- ② 調査票の回答内容により支援が必要と下記県民健康管理センターが判断した場合は、こちらから連絡し、ご相談に応じます。
- ③ 専門的なご質問等には医師が直接対応致します。

福島県で暮らす妊産婦の方々が健康に安心して暮らせるようお手伝いさせていただきますので皆さまの様子をお知らせください。

### 【お問合せ先】

◆「妊産婦に関する調査」に関するお問合せ

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター

電話番号 024-549-5130(9:00~17:00(土日祝日を除く。))