

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」の実施状況について

1 平成 23 年度・平成 24 年度の支援状況について

(1) 質問紙調査について

- ・尺度の活用により要支援者を抽出することで、こころの健康度に関する潜在的な支援対象者をスクリーニングすることができ、支援につなげることができた。
- ・市町村の健診を利用していない住民（職場での健診を利用している方など）の医療受診状況等を知ることができ、必要な医療受診等をしていない対象者に対して、受診勧奨や保健指導等の支援を実施することができた。

(2) 電話等による支援について

- ・質問紙調査の回答内容から支援が必要と思われる方に対し、臨床心理士、保健師、看護師等による電話支援や文書支援を実施した。

平成 23 年度の電話支援件数は 7,490 件、文書支援件数は 11,964 件、平成 24 年度の電話支援件数は 5,788 件、文書支援件数は 9,729 件（9 月 30 日現在）である。

- ・地域とのつながりがなく、気軽に相談できる家族・友人等がいない人などへ連絡し相談を受けることで、対象者の状況を把握し、必要なアドバイスや市町村等の連携により適切な支援をすることができた。
- ・県外避難者や、役場等から離れた場所に避難された方へ支援することができた。

2 平成 24 年度 質問紙調査の進捗状況（平成 25 年 9 月 30 日現在）

(1) 回答状況

回答数と回答率

区分	調査対象者	回答数	回答率
子ども	27,108	11,179	41.2%
一般	184,507	55,034	29.8%
合計	211,615	66,213	31.3%

(2) 支援状況

① 電話による支援

回答内容から支援が必要と思われる方に対し、臨床心理士（4名）、保健師（2名）、看護師（2名）等が電話をかけ、こころの健康・生活習慣に関する問題について支援を行っている。

ア) 尺度による支援

区分	要支援者数※ ₁	要支援率※ ₂	対応数※ ₃	対応率	支援済数※ ₄	支援済率
子ども	557	5.0%	556	99.8%	504	90.5%
一般	4,123	7.5%	4,123	100.0%	3,571	86.6%
合計	4,680	7.1%	4,679	100.0%	4,075	87.1%

※₁ 要支援者

子ども：SDQ（子どもの情緒と行動について）が20点以上に該当する方。

一般：K6（全般的な精神健康状態）が17点以上またはPCL（トラウマ反応）が61点以上に該当する方。

要支援者数：9月30日までに支援が必要と判断された方。

※₂ 要支援率

9月30日までに支援が必要と判断された方の占める割合。

※₃ 対応数

内容を確認し、一度は電話をかけているもの（不在を含む）と、調査票を確認した結果、電話番号の記載がないことが分かっているもの。

※₄ 支援済数

支援が終了しているもの。文書による支援（次項「②文書による支援」参照）により、対応が完了しているものも含む。

イ) 尺度以外の項目による支援

区分	要支援者数※ ₅	要支援率※ ₂	対応数※ ₃	対応率	支援済数※ ₄	支援済率
子ども	113	1.0%	112	99.1%	91	80.5%
一般	1,944	3.5%	1,944	100.0%	1,622	83.4%
合計	2,057	3.1%	2,056	100.0%	1,713	83.3%

※₂～※₄ 前頁参照

※₅ 要支援者

子ども：自由記載及び欄外記載の内容から、支援が必要であると判断された方。

一般：高血圧または糖尿病の既往歴があり、通院をしていない、と回答された方の中で、BMI（調査票内の身長及び体重から算出）が30以上かつ震災後の体重増加が3kg以上の方。

精神疾患の既往歴があり、通院をしていない、と回答された方。

自由記載及び欄外記載の内容から、支援が必要であると判断された方。

要支援者数：9月30日までに支援が必要と判断された方。

② 文書による支援

相談窓口として、こころの健康度・生活習慣に関する調査専用ダイヤルをご案内するとともに、現在の健康状態や電話相談の要否を確認するため、返信用ハガキ付きの状況確認文書を送付した。

ア) 尺度による支援：SDQ、K6、PCLの先行研究における基準値（SDQ:16点、K6:13点、PCL:44点）を超え、電話による支援対象者に該当しない方への支援

区分	状況確認文書 送付対象者数	返信数	返信率	要電話 支援者数※6	電話支援件数	支援済率
子ども	789	310	39.3%	23	19	82.6%
一般	6,387	2,433	38.1%	303	231	76.2%
合計	7,176	2,743	38.2%	326	250	76.7%

※6 電話相談を希望する方および通信欄への記載内容により電話支援が必要と判断された方。

イ) 尺度以外の項目において下記の基準に該当し、上記要支援者に該当しない方への支援
支援基準：1. 必要な医療機関を受診されていない方。

2. 睡眠の質に満足しておらず日中に気が滅入ったり活動量が低下したりする方の中で、医療受診をしていない方。

区分	状況確認文書 送付対象者数	返信数	返信率	要電話 支援者数※7	支援件数	支援済率
一般	2,553	1,070	41.9%	68	61	89.7%

※7 電話相談を希望する方および通信欄への記載内容により電話支援が必要と判断された方。

(3) 支援に関する今後の方針

- ① 文書支援において、状況確認文書の返信用ハガキに電話支援希望の有無が未記載の方のうち、ハガキへの回答内容により支援が必要と判断された方について、電話支援を進める。
- ② CAGE（飲酒に関する質問項目）において、2項目以上該当する方の中で上記要支援者に該当しない方に対し、飲酒に関するパンフレットを送付する。

3 平成25年度 進捗状況等について

(1) 質問紙調査の調査票（案）について（別紙参照）

(2) 面接調査の進捗状況

- ① 平成24年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」回答者（約30名）
PCL・K6の得点別に面接調査の依頼先を抽出し、10月18日から依頼文書を送付している。
- ② 福島県内の精神科医療機関受診者（約20名）
福島県内の精神科の医療機関を受診した方に面接調査への協力を依頼している。

【参考資料】平成 24 年度調査における基準点数の分布状況について

<子ども>

項目	基準点数	先行研究における分布	本調査 平成 23 年度 確定値 平成 24 年 10 月 31 日現在 有効回答数 (14,209 件)	本調査 平成 24 年度 暫定値 平成 25 年 9 月 30 日現在 有効回答数 ※4 (8,991 件)
SDQ (子どもの行動)	16 点以上	9.5% ※1	21.2%	15.4% ※4

<一般>

項目	基準点数	先行研究における分布	本調査 平成 23 年度 確定値 平成 24 年 10 月 31 日現在 有効回答数 (K6 : 59,807 件) (PCL : 60,704 件)	本調査 平成 24 年度 暫定値 平成 25 年 9 月 30 日現在 有効回答数 ※4 (K6 : 45,150 件) (PCL : 44,775 件)
K6 (全般精神健康度)	13 点以上	3.0% ※2	14.6%	11.7% ※4
PCL (トラウマ症状)	44 点以上	20.1% ※3	21.6%	17.5% ※4

※1 日本における地域の 4-12 歳の子ども

Matsuishi et al. Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. Brain & Development 2008; 30: 410-415.

※2 日本における地域住民

川上憲人. 全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (統計情報高度利用総合研究事業) 国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究. 分担研究書

※3 米国におけるニューヨークテロ後の作業員における頻度

Stellman, et al. (2008) Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. Environ Health Perspect. 2008 Sep; 116(9): 1248-53.

※4 暫定値であるため、今後報告する数値と差を生じる可能性があります。

8XXXXXXXXX

平成25年度

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）（案）

〒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

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26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

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。

記入例：身長 89.9 cm、体重 12.6 kgの場合（数値は右詰で記入）
身長 899 cm 体重 126 kg

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・蓄膿症こうしんこうがいれつ
- 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）そけい
- ₁₃ その他（具体的な病名）
(_____)

※問4の病気での入院歴について、「ある」と回答した方にお尋ねします。
この1年以内に病気により入院されたものがありますか。該当する病名をすべてお答えください。

- 0 いずれもなし
- 1 喘息 2 肺炎 3 マイコプラズマ肺炎 4 RSウイルス感染症
- 5 風邪 6 気管支炎 7 インフルエンザ 8 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(そけい)ヘルニア(脱腸) 13 その他

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) X線を使った検査(CT、レントゲン検査を除く)
(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6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法(骨折などによるレントゲン検査などは除く。)を受けたことがありますか。

- 1 ない 2 ある →
- 3 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。
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> カ月頃
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> カ月頃
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> カ月頃

問7. お子様の、睡眠についてお尋ねします。

1) お子様がつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。

(24 時間表記により右詰めで記入して下さい。
(例) 午後7時10分→ 時分、午前7時10分→ 時分)

寝る時刻 時分頃 起きる時刻 時分頃

2) お子様はお昼寝をしますか。

いいえ はい ➡ およそ 時間分くらい

問8. 対象のお子様が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。

(室内外での走り廻り、ボール蹴り、三輪車乗りなど。)

- 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

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。

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、朝食等および次の食品（飲料）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）。

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
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"/>
外食	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
惣菜や弁当など調理された食品 (インスタント食品も含む)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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. 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。

対象のお子様が平成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（原発事故後4カ月間の行動の記録）はご提出されましたでしょうか（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 わからない



「いいえ」、「わからない」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。



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〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問合せ先
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。))

8XXXXXXXXX

平成25年度

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）（案）

〒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

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26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
府・県

市・区
郡

区・町
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

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。

記入例：身長 116.6 cm、体重 21.3 kg の場合（数値は右詰で記入）

身長 cm 体重 kg

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・こうしんこうがいれつ口唇口蓋裂など）
 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 そけい鼠径ヘルニア（脱腸）
 13 その他（具体的な病名）
(_____)

※問4の病気での入院歴について、「ある」と回答した方にお尋ねします。

ここ1年以内に病気により入院されたものがありますか。該当する病名をすべてお答えください。

- 0 いずれもなし
- 1 喘息 2 肺炎 3 マイコプラズマ肺炎 4 RSウイルス感染症
- 5 風邪 6 気管支炎 7 インフルエンザ 8 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(そけい)ヘルニア(脱腸) 13 その他

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) X線を使った検査(CT、レントゲン検査を除く)
(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6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法(骨折などによるレントゲン検査などは除く。)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。
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> カ月頃
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> カ月頃
(_____)	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> 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時間表記により右詰めで記入して下さい。
(例) 午後7時10分 → : 時 : 分、午前7時10分 → : 時 : 分)

寝る時刻 時 分頃 起きる時刻 時 分頃

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。

- ほとんど毎日している 週に2～4回している
 週1回程度している 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、朝食等および次の食品（飲料）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）。

食べる（飲む）頻度 食品（飲料）の種類	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
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"/>
外食（給食はのぞく）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
惣菜や弁当など調理された食品 （インスタント食品も含む）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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。

1) 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"/>

2) 全体的に、お子様は、情緒、集中力、行動、他人との付き合いのいずれか1つ以上の領域において困難を抱えていると思いますか。

1 いいえ 2 はい (ささいな困難) 3 はい (明らかな困難) 4 はい (深刻な困難)

↓
3) にお進みください。

3) 「はい」と回答した保護者の方にお伺いします。お子様はその困難によって動揺したり、悩んだりしていますか。

1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

※ 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。

()

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（原発事故後4カ月間の行動の記録）はご提出されましたでしょうか（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）。

1 はい 2 いいえ 3 わからない

↓
「いいえ」、「わからない」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。

1 はい 2 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。



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〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問合せ先
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。))

8XXXXXXXXX

平成25年度

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）（案）

〒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

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26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
府・県

市・区
郡

区・町
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

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。

記入例：身長 145.0 cm、体重 38.0 kg の場合（数値は右詰で記入）

身長 cm 体重 kg

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4の病気での入院歴について、「ある」と回答した方にお尋ねします。
 ここ1年以内に病気により入院されたものがありますか。該当する病名をすべてお答えください。

- 0 いずれもなし
 1 喘息 2 肺炎 3 マイコプラズマ肺炎 4 RSウイルス感染症
 5 風邪 6 気管支炎 7 インフルエンザ 8 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(そけい)ヘルニア(脱腸) 13 その他

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) X線を使った検査(CT、レントゲン検査を除く)
 (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6. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法(骨折などによるレントゲン検査などは除く。)を受けたことがありますか。

- 1 ない 2 ある →
 3 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 [] カ月頃
(_____)	[] 歳 [] カ月頃
(_____)	[] 歳 [] カ月頃

問7. 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時間表記により右詰めで記入して下さい。
 (例) 午後7時10分 → [1] [9] 時 [1] [0] 分、午前7時10分 → [] [7] 時 [1] [0] 分)

寝る時刻 [] [] 時 [] [] 分頃 起きる時刻 [] [] 時 [] [] 分頃

**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

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、朝食等および次の食品(飲料)はどれくらいの頻度で食べますか(飲みますか)。

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
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"/>
外食(給食はのぞく)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
惣菜や弁当など調理された食品 (インスタント食品も含む)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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。

1) 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"/>

2) 全体的に、お子様は、情緒、集中力、行動、他人との付き合いのいずれか1つ以上の領域において困難を抱えていると思いますか。

1 いいえ 2 はい (ささいな困難) 3 はい (明らかな困難) 4 はい (深刻な困難)

↓
3) にお進みください。

3) 「はい」と回答した保護者の方にお伺いします。お子様はその困難によって動揺したり、悩んだりしていますか。

1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

※ 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。

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（原発事故後4カ月間の行動の記録）はご提出されましたでしょうか（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）。

1 はい 2 いいえ 3 わからない

↓
「いいえ」、「わからない」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。

1 はい 2 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。



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〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問合せ先
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。))

平成25年度

8XXXXXXXXX

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）（案）

〒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

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26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。

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

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
府・県

市・区
郡

区・町
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

以下、当てはまる小さい口に✓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。

記入例：身長 159.6 cm、体重 54.2 kgの場合（数値は右詰で記入）
身長 cm 体重 kg
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

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、朝食等および次の食品（飲料）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）。

食べる（飲む）頻度 食品（飲料）の種類	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
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"/>
外食（給食はのぞく）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
惣菜や弁当など調理された食品 （インスタント食品も含む）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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・こうしんこうがいれつ口唇口蓋裂など）

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 そけい鼠径ヘルニア（脱腸）

13 その他（具体的な病名）

(_____)

※問8の病気での入院について、「ある」と回答した方にお尋ねします。
 ここ1年以内に病気により入院されたものがありますか。該当する病名をすべてお答えください。

- 0 いずれもなし
- 1 喘息 2 肺炎 3 マイコプラズマ肺炎 4 RSウイルス感染症
- 5 風邪 6 気管支炎 7 インフルエンザ 8 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(そけい)ヘルニア(脱腸) 13 その他

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) X線を使った検査(CT、レントゲン検査を除く)
 (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10. お子様は、今までに病気の治療のために放射線療法(骨折などによるレントゲン検査などは除く。)を受けたことがありますか。

- 1 ない 2 ある
- 3 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。	何歳の頃でしたか。
(_____)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 歳
(_____)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 歳
(_____)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 歳

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。

1) 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"/>

2) 全体的に、お子様は、情緒、集中力、行動、他人との付き合いのいずれか1つ以上の領域において困難を抱えていると思いますか。

1 いいえ 2 はい (ささいな困難) 3 はい (明らかな困難) 4 はい (深刻な困難)

↓
3) にお進みください。

3) 「はい」と回答した保護者の方にお伺いします。お子様はその困難によって動揺したり、悩んだりしていますか。

1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

※ 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。

[]

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（原発事故後4カ月間の行動の記録）はご提出されましたでしょうか（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）。

1 はい 2 いいえ 3 わからない

↓
「いいえ」、「わからない」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。

1 はい 2 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。



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〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問合せ先
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。))

平成25年度

8XXXXXXXXX

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）（案）

〒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

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26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"/> 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_____	
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

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。

記入例：身長 171.7 cm、体重 70.0 kg の場合

- 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

身長 cm 体重 Kg (右詰で記入)

- 2) 1年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. 今までに、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) 精神疾患(医師の診断によるもの(例：うつ病、睡眠障害、パニック障害、統合失調症など))

- ₁ ない ₂ ある **→** 現在通院していますか。
₁ 通院している
₂ 現在は改善しているため、通院はしていない
₃ 通院はしていない

- 5) 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)
(_____)、(_____)、(_____)

- 6) 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

7) 心臓病

1 ない 2 ある

心臓の血管が
つまっておこる
病気です

心臓病の種類は何ですか。(複数回答可)

- 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 不整脈
- 4 その他 () 5 わからない

8) 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 ()

9) 肺炎 (この10年くらいの間で)

1 ない 2 ある

10) 骨折 (50歳以後の骨折経験)

1 ない 2 ある

11) 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 ()

※ 1) から 11) の回答で、いずれかに「ある」と回答した方にお尋ねします。ここ1年以内に医師に診断されたものがありますか。該当する病名をすべてお答えください。

- 0 いずれもなし 1 高血圧 2 糖尿病 3 高脂血症 4 精神疾患 5 がん
- 6 脳卒中 7 心臓病 8 慢性肝炎 9 肺炎 10 骨折 11 甲状腺疾患

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) 血管造影検 (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

- 1 血管造影検査 2 核医学検査 3 PET検査

問5. 今までに、病気の治療のために放射線療法（骨折などによるレントゲン検査などは除く。）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。

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2	介助なしに衣服の着替えをする	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3	介助なしにトイレで用をたす	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4	日用品の買い物をする	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2	夜間、睡眠途中で目が覚める	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4	総睡眠時間が不足する	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5	日中の気分がめいる	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6	日中の身体的および精神的な活動が低下する	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7	日中の眠気	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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

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

問 10. 喫煙および受動喫煙についてお尋ねします。

1) 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

※ 次の2)および3)、問11は、成人の方のみお答えください。
未成年の方は、6ページの間12にお進みください。

2) 震災以前に、タバコを吸っていましたか。(成人の方のみお答えください)

- ₁ 吸っていなかった ₂ 吸っていた

3) タバコ(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 か月

やめた方、吸っている方にお尋ねします。

吸っている(吸っていた)年数、本数をお答えください。

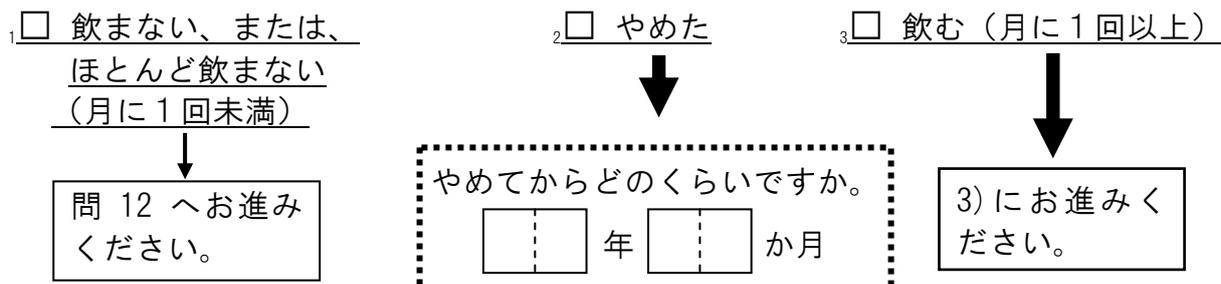
※ 喫煙年数は合計で 年くらいで、1日あたり
平均 本くらい吸っている(吸っていた)。

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）

2) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか。



3) お酒を飲む頻度についてお答えください。 週に 回程度

4) 飲酒日の1日あたりの飲酒量についてお答えください。

日本酒に換算^{*}して、1日あたり 年 か月 合程度

※参考 日本酒1合換算表

ビール・発泡酒	中瓶1本	約 500ml
チューハイ5度	ロング缶1本	500ml
焼酎25度	コップ1杯	100ml
ウイスキー	シングル2杯	60ml
ワイン	グラス2杯	240ml

5) 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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、朝食等および次の食品（飲料）はどれくらいの頻度で食べますか（飲みますか）。

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
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"/>
外食	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
惣菜や弁当など調理された食品 （インスタント食品も含む）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 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
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



2) それは、命を脅かすような経験でしたか。

問 17 へお進みください。

₁ はい ₂ いいえ



問 15 へお進みください。

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

		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
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

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。

しばしばあった 時々あった まれにあった 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お答えください。

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。 あてはまる数字を「○」で囲んでください。



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。 あてはまる数字を「○」で囲んでください。



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。 あてはまる数字を「○」で囲んでください。



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、あてはまる口に✓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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

問 19. あなたが現在お住まいの地域について、お尋ねします。

次の質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

	強くそう思う	どちらかといえばそう思う	どちらともいえない	どちらかといえばそう思わない	全くそう思わない
1 この地域の人々はお互いに助け合っている。	a	b	c	d	e
2 この地域の人々は信頼できる。	a	b	c	d	e
3 この地域の人々はお互いにあいさつをしている。	a	b	c	d	e
4 この地域で問題が生じた場合、人々は力を合わせて解決しようとする。	a	b	c	d	e

問 20. 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	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
2	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 21. あなたの最終学歴（在学中も含む）について、お尋ねします。

- 小学校・中学校 高校
 専門学校・短期大学 大学（4年制）・大学院

問 22. ご両親（実父・実母）は、次の病気（脳卒中、心臓病、がん、糖尿病）にかかったことがありますか。

- 1) お父様（実父） ある ない わからない

↓
「ある」の方は、かかったことのある病気に✓をご記入ください（複数回答可）。

- 脳卒中 心臓病 がん（部位：_____） 糖尿病

- 2) お母様（実母） ある ない わからない

↓
「ある」の方は、かかったことのある病気に✓をご記入ください（複数回答可）。

- 脳卒中 心臓病 がん（部位：_____） 糖尿病

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（原発事故後4カ月間の行動の記録）はご提出されましたでしょうか（当設問の、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）。

- はい いいえ わからない

↓
「いいえ」、「わからない」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。

- はい いいえ

※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提出ください。
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。

問 23. 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。現在月経ありにチェックした方は、月経が順調・不順のどちらかを○印で囲んでください。

<input type="checkbox"/> 1 現在月経あり（順調・不順）	<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 閉経した時の年齢は何歳でしたか。 歳

② 閉経した理由は何ですか。※閉経：最終月経から1年以上月経がない状態

<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 24. 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。

XXXXXXXXXX

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〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用お問合せ先
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。))