

部外秘

取り扱注意

実施計画書（案）

「県民健康管理事業（仮称）」

2011年5月12日

福島県立医科大学

Director 定村

事業の概要 (案)

事業名称	県民健康管理事業 (仮称)
実施主体	福島県
実施体制	福島県、関係市町村、福島県立医科大学、放射線影響研究機関協議会、内閣府、経済産業省、文部科学省、厚生労働省、日本医師会、日本病院会、日本看護協会、全国大学・学会等←網羅しているか、順番要検討
目的	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所からの放射性物質の放出で、比較的高い線量の計測された地域に住んでいる住民、及び避難した住民の放射線量の推定評価を行い、安全であることを確認する。</li> <li>2. 上記、対象住民の健康管理・生活支援のための判断材料とするため、心身の健康状態、生活習慣、生活上の課題等に関して調査を行い、それらに基づき、必要な支援を直ちに実施する。</li> <li>3. 上記、対象住民の将来にわたる健康管理・生活支援のために、今後も継続して定期的に調査を実施する。また、必要と考えられる生体試料 (血液・尿等) の採取を実施し、長期に保存し、分析評価を行う。</li> </ol>
対象	<p>福島県の全県民 205 万人を対象者とする。</p> <p>うち、国が指定した地域 (避難区域、緊急時避難準備区域、及び計画的避難区域) を有する市町村に住居のある約 20 万人の住民 (現住者、及び原則として避難先が把握可能な避難者は約 5 万 9 千人) を詳細調査の対象とする。また、長期的な健康影響の評価のため、対照地区を設定する (詳細な対象人数、所在場所等については今後特定)。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 計画的避難区域となった飯館村 (人口 6,152 人) を先行して実施。</li> <li>2. 避難区域、緊急時避難準備区域の現住者、及び避難先が県内の者</li> <li>3. 県外避難所 (3 万 4 千人、原則全箇所、ただし、50 人以上/1 か所)</li> <li>4. 対照地区 (喜多方市 52,232 人、または、会津若松市 125,910 人、)</li> <li>5. 上記以外の全県民約 180 万人 (~173 万人) は基本調査のみとする。</li> </ol>
方法	<p>福島県が、具体的な調査は福島県立医科大学に委託し、関係市町村、関連機関等の協力を得て実施する。</p> <p>収集されたすべてのデータは、福島県立医科大学が保管・管理する。</p> <p>各住民の被曝放射線量の推定結果は得られ次第、個人宛に直ちに通知する。その他の調査結果についても速やかに個人宛に通知する。</p> <p>対象者は以後、原則、毎年 1 回継続調査 (内容未定) を実施する。</p> <p>調査期間は 30 年とし、それ以降については、今後検討する。</p>
スケジュール	<p>5 月 13 日 ・福島県における検討会 (大卒の了承?)</p> <p>~ 5 月 20 日 ・調査調整チームの結成、国際諮問委員会への照会 (知事発表?)</p> <p>5 月末~ 6 月? ・現地における調査の打ち合わせ</p> <p>6 月? ・飯館村「県民健康調査」の開始、順次、調査開始</p>

## 目次

1. 目的 .....	4
2. 対象となる住民 .....	5
3. 調査内容 .....	5
4. アウトカム評価 .....	8
5. スケジュール .....	8
6. 国際諮問委員会（仮称） .....	8
7. 実施体制組織図 .....	8
8. その他 .....	8
・ 本件問い合わせ先 .....	13

別添 1～5

## 1. 目的

東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所からの放射性物質の環境放出により、比較的高い線量の計測された地域に住んでいる住民、及び既に避難した住民を対象の放射線量の推定評価を行い、安全であることを確認する。これにより、被ばくに対する不安の軽減に資することが期待される。

上記、対象住民の健康管理・生活支援のための判断材料とするため、心身の健康状態、生活習慣、生活上の課題等に関して調査を行い、それらに基づき、必要な支援を直ちに実施する。

さらに、対象住民の将来にわたる健康管理・生活支援のために、今後も継続して定期的に調査を実施する。また、必要と考えられる生体試料（血液・尿等）の採取を実施し、長期に保存し、分析評価を行う。

## 2. 対象となる住民

本「県民健康管理事業（仮称）」の対象は、福島県の全県民 205 万人を対象者とする。

うち、国が指定した地域（図 1 参照）（避難区域、緊急時避難準備区域、及び計画的避難区域）を有する市町村に住民票のある約 20 万人の住民（現住者、及び原則として避難先が把握可能な避難者は約 5 万 9 千人）を詳細調査の対象とする。また、長期的な健康影響の評価のため、対照地区を設定する（詳細な対象人数、所在場所等については今後特定）。

1. 計画的避難区域となった飯館村（人口 6,152 人）を先行して実施したい。

（川俣村の一部を含めるか：人口 1,200 人）

2. 避難区域、緊急時避難準備区域の現住者（〇万人）、及び避難先が県内の者（1 万 2 千人）

3. 県外避難所（3 万 4 千人、原則全箇所、ただし、50 人以上/1 か所）

4. 対照地区（喜多方市 52,232 人、または、会津若松市 125,910 人、）

5. 上記以外の全県民約 180 万人（～173 万人）は基本調査のみとする。

※詳細な対象人数、所在場所等については、今後の調査を経て確定。

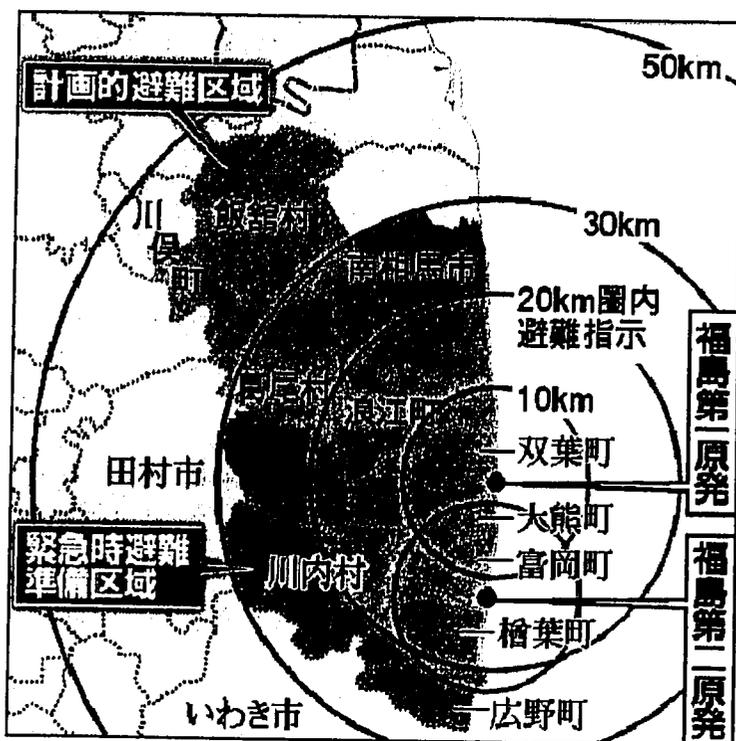


図1. 避難区域等(2011年4月18日時点).

### 3. 調査内容

#### 1) 調査方法

福島県が、具体的な調査は福島県立医科大学に委託する。関係市町村、避難者受入れ都道府県・市町村、放射線影響研究機関協議会、内閣府、経済産業省、文部科学省、厚生労働省、日本医師会、日本病院会、日本看護協会、全国大学・学会等関連機関等の協力を得て実施する。

収集されたすべてのデータは、福島県立医科大学が保管・管理する。

各住民の被曝放射線量の推定結果は得られ次第、個人宛に直ちに通知する。その他の調査結果についても速やかに個人宛に通知する。

対象者は以後、原則、毎年1回継続調査（内容は未定）を実施する。

調査期間は30年とし、それ以降については、今後検討する。

#### 2) 調査項目（次ページ参照）

上記、1～4の対象者には、詳細調査として下記の項目を行う（詳細は次ページ）。

##### ①放射線量評価：住民行動調査（質問紙）：全員

甲状腺被曝線量評価（Counter）：全対象者から10分の1抽出で実施

全身直接評価（Whole-Body Counter）：希望者のみ（後日対応）

※甲状腺被曝線量評価と全身直接評価は福島県立医科大学附属病院にて実施。

##### ②基本属性（質問紙）：氏名、住所、本籍、年齢、性別

##### ③心身の健康度評価（質問紙）：

15歳以上⇒ K6（6項目）、IES-R（22項目）

6歳以上15歳未満⇒ CBCL（Child Behavior Checklist）を、子どもの親または教師に対して実施（使用する調査票は要検討）。

##### ④健康関連事項の評価（質問紙）：健康状態、既往歴（高血圧、糖尿病、脂質異常症、がん、脳卒中、心臓病、肺炎、慢性肝炎、50歳以後の骨折、甲状腺疾患、精神疾患）、

妊娠・授乳の有無、

医療被曝の既往（CT検査-頭・胸・腹・その他、透視検査-胃・大腸・その他、血管造影検査-脳・心臓・肝臓・その他、放射線療法）、

ヨウ素剤投与の有無

##### ⑤生活習慣等の評価（質問紙）：日常生活機能評価、睡眠、喫煙（震災前後での変化）、飲酒（震災前後での変化）、食事摂取品目、運動習慣、25歳頃の体重、放射線の健康リスクについての認識、放射線から身を守るための行動に対する意図

##### ⑥社会・経済的項目の評価（質問紙）：家族構成、就業状況、教育歴

##### ⑦身体計測（直接計測）：身長・体重、血圧、脈拍

⑧採血：一般項目、他（今後検討）⇒凍結保存

⑨採尿：尿糖、尿たんぱく ⇒凍結保存

（以下は、今後修正予定あり）

調査項目一覧(案)

●:全員実施  
○:抽出

		小児					成人		
		乳児 (1歳未満)	幼児 (1歳～就学前)	小学生	中学生	高校生	男性	女性	女性 (妊婦・授乳婦)
質問紙 調査	基本属性	●	●	●	●	●	●	●	●
	行動記録票	●	●	●	●	●	●	●	●
	心身の健康	-	●(※1)	●	●	●	●	●	●
	健康関連項目	●	●	●	●	●	●	●	●
	生活習慣項目	●	●	●	●	●	●	●	●
	社会的項目	●	●	●	●	●	●	●	●
身体計測	身長・体重	●	●	●	●	●	●	●	●
	血圧	-	-	-	-	-	●	●	●
採血	一般項目	-	-	-	-	-	●	●	●
	染色体(?)								
	放射線感受性検査(?)								
採尿	●	●	●	●	●	●	●	●	
甲状腺モニター	○	○	○	○	○	○	○	○	

※1:6歳以上のみ

5. 上記以外の全県民 180 万人（～173 万人）に対しては、基本調査（質問紙調査：①～⑥）を郵送調査で実施する。

### 3) 調査手順

調査スタッフの構成は、今後の検討課題。

調査会場は、県内・県外、いずれにおいても、おもに、自治体の保健福祉センター、公民館、体育館、集会所等のほか、避難所とする。

具体的な調査フローは、今後の検討課題とする。

### 4) 調査の事前説明会の開催

詳細は、今後の検討課題。

### 5) 調査マニュアルの作成

詳細は、今後の検討課題。

成人健康調査 調査項目・保存試料リスト（放影研・臨床研究部で、2年に一度来所してもらっている成人健康調査（Adult Health Study: AHS）での、臨床検査項目と保存試料）

### 健診項目

健診項目は、診察、病歴問診、自己記入式質問票調査（資料 6）および下記の通りである。病歴問診は、訓練された看護婦の聞き取りで行う。

#### A. ルーチン検査（検査の同意を得た全員に行う検査）

1. 身長、体重、ウエスト周囲径
2. 血圧、脈、体温
3. 検尿
4. 便潜血
5. 末梢血球数算定：赤血球数、白血球数、血小板数、Ht、Hb、白血球分類
6. 血液生化学検査：  
肝機能、  
腎機能、  
脂質（総コレステロール、中性脂肪、HDL コレステロール）、  
尿酸、  
電解質（Na、K、Cl、Ca、P）、  
血糖、HbA1c
7. 肝炎ウイルス検査：HBs 抗原・抗体、HCV 抗体（陽性の場合：HCV-RNA）（初回のみ）
8. 炎症関連検査：CRP、
9. 胸部X線検査
10. 胃がん検診（FI 調査：初回のみ）：胃 X 線検査、胃のヘリコバクター・ピロリ感染検査（呼気テスト）、  
血清ペプシノーゲン I、II
11. 心電図
12. 腹部超音波検査
13. 甲状腺超音波検査
14. 喀痰細胞診（多量喫煙者希望者）
15. PSA（男性 50 歳以上）
17. 抗 HTLV-1 抗体（長崎のみ）

#### B. 本人の希望や医師が必要と判断した場合

1. 婦人科検査（F1 調査：放影研で特定曜日に行う）
2. 栄養指導（放影研で保健婦が行う）

健診で次の疾患のある人および栄養指導希望者に栄養指導用パンフレットを使って栄養指導を行う。栄養指導の対象疾患は、貧血、高血圧、肥満、糖尿病、高脂血症、脂肪肝、骨粗鬆症、高尿酸血症（痛風）である。

3. 内視鏡検査、CT、MRI、マンモグラフィーなどの特殊検査は、他の医療機関に紹介する。

## 薬剤情報

持参された薬剤(医師に処方された薬[医療用医薬品]、薬局で購入した薬[一般用医薬品]、健康食品)について、薬剤師が薬剤コードを調べる。量、内服開始時期、終了時期を聞く。薬剤持参がない場合には、主要な薬剤(例えば、副腎皮質ホルモン、女性ホルモン、インスリン、血糖降下薬、血圧降下剤など)のリストについて聞き取り調査する。

試料の種類	採取量	検体量	分注法	保存方法
血清	全血 3ml	1.2ml	0.3ml × 4vials	-80°C
血球 1 (血清を取り出した後のもの)			1vial	-80°C
EDTA 血漿	全血 2ml	0.8ml	0.4ml × 2vials	-80°C
リンパ球			1vial	-196°C (液体窒素)
血球 2 (血漿、リンパ球を取り出した後のもの)			1vial	-80°C
尿 (遠心後の上清)	50-100ml	2ml	1ml × 2vials	-80°C

### 研究用の保存試料

上記は完全な保存用であって、その他に、臨床検査用(項目は前述)の検体、および他の研究に用いる血液などがあり、採血量は20mlになる(20mlを上限として、研究グループ間で調整している)。

#### 4. アウトカム評価

アウトカムの評価は、死因ならびに健康情報で行う。死因ならびに健康情報としては、人口動態統計死亡、地域がん登録ならびに健診情報である。

全県的な地域がん登録の整備が、不可欠である。

かきと  
~ 2011/10/14  
Fig. 1.

#### 5. 国際諮問委員会（仮称）

役割・規約等は、今後、検討するが、本調査の骨子、概要については調査開始以前に承認（了解？）を得るものとする。

##### 委員候補者

##### アメリカ：

Fred Mettler（前ニューメキシコ大学の教授、UNSCEAR のアメリカ代表。IAEA のチェルノブイリプロジェクトの責任者の一人）

John Boice（著名な放射線関係の世界的疫学者。放影研の外部評価委員でもある。）

Scott Davis（チェルノブイリでは小児甲状腺がんの疫学調査に関与した。）

Kiyohiko Mabuchi（deputy branch chief of REB, head of the CRU, and senior scientist）

##### イギリス：

Richard Wakeford（著名な疫学者）

Sarah Darby（Research Councils' Energy Programme Research Fellow）

##### フランス

Jean-Rene Jourdain（UNSCEAR フランス派遣団の一員。欧州低線量影響研究の MELODI や DoLeMi の代表的な研究者）

##### ドイツ

Peter Jacob（ドイツ代表する著名な研究者）

##### ロシア、ウクライナ

Victor Ivanov（ロシア）山下先生からご推薦を頂けるとありがたい。

以上は、児玉 和紀主席研究員（放射線影響研究所）からご推薦を頂いた。なお、スリーマイル事故に精通している人、及び、リスクコミュニケーションや施策など地域・住民との関係についての専門家が入った方が良く考える。何人に委嘱するか、これら候補者でよいか等も今後検討とする。

## 6. スケジュール

2011（平成 23）年

5月13日

- ・福島県における検討会（大卒の了承？）

～5月20日

（知事発表？）

- ・調査調整チームの結成、国際諮問委員会への照会
- ・関係市町村への依頼、相談、準備・調整

5月末～6月？

- ・現地における調査の打ち合わせ

モリシ

6月？

- ・飯館村「県民健康調査」の開始？、順次、調査開始

～

8月末

- ・概ね3か月以内に調査終了（目標）

9月

- ・放射線量推計の結果送付

10月

- ・調査結果の送付

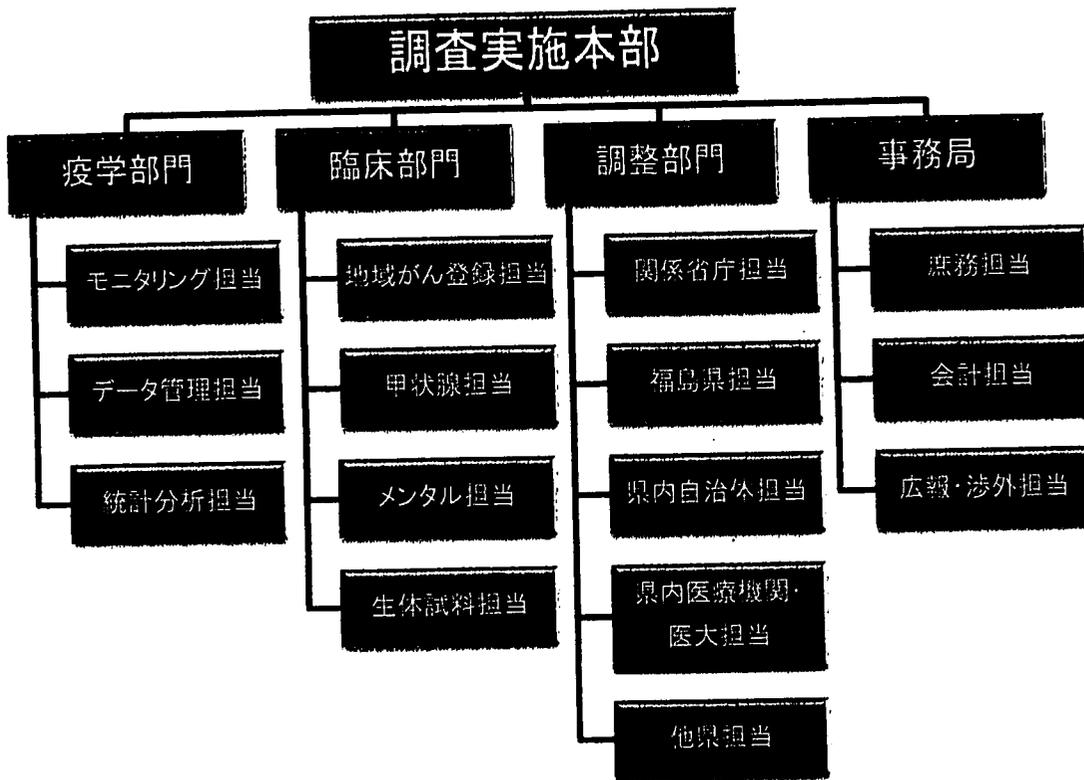
2012（平成 24）年～2041（平成 53）年

6月

県民全 205 万人に基本調査（質問紙調査）を毎年郵送にて実施する。

- ・2011年3月時点で、中学生（15歳）以下であった県民（約28万人）については、2013（平成25）年以降、毎年、甲状腺超音波検査（エコー）を実施する。

## 7. 実施体制組織図



部門	担当	主な業務
疫学部門	モニタリング	協力研究機関・国際諮問委員会と連携した疫学デザインの管理、調査員の研修、現地調査のモニタリング
	データ管理	調査データの収集、整理、入力、チェック
	統計分析	随時集計、報告書作成
臨床部門	地域がん登録	地域がん登録、死亡小票との照会
	甲状腺	甲状腺に関わる臨床的アセスメント
	メンタル	メンタルヘルスに関わる臨床的アセスメント
	生体試料	データ管理担当者と連携し、調査で収集した生体試料の一括管理

部 門	担 当	主 な 業 務
調整部門	関係省庁	厚生労働省、文部科学省など、関係省庁との連絡調整
	福島県	福島県保健福祉部、病院局など関係部署との連絡調整
	県内自治体	県内市町村との連絡調整
	県内医療機関・医大	福島県医師会、福島県看護協会、福島県立医科大学附属病院経営課と連携して、県内各医療機関との連絡調整
	他県	避難住民を受け入れている他県との連絡調整
事務局	庶務	調査本部の事務、調査物品の管理
	会計	調査本部の会計
	広報・渉外	調査実施に関する広報、問い合わせの対応、結果の随時報告

本組織図作成の参考資料

1. ICRP Publication 111
2. 児玉和紀. 放射線の健康影響－原爆被爆者におけるコホート研究－（スライド）
3. 福島県がん登録事業の概要
4. 放射線影響研究所組織図
5. <http://www.rerf.jp/intro/org/index.html>

## 8. その他

### ・ 本件問い合わせ先

調査全体については、

福島県 保健福祉部？

福島県立医科大学 事務局企画財務課？

平成 23 年度 福島県県民健康管理

問診票(成人用)

このたびは、調査にご協力いただきありがとうございます。

以下の欄にご記入いただく個人情報は、福島県が行う調査研究のためのみに使用し、一切公開することはありません。

※本調査票には、できるだけご本人がご記入ください。

受付番号	
調査ID	
ご記入日：平成 23 年 ____ 月 ____ 日	回答者： 本人・本人以外（続柄 _____）
ふりがな ご氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日：明治・大正・昭和・平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
本籍地（国籍）： <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>都 道</span> <span>区 市</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>府 県</span> <span>町 村</span> </div>	
住民票上の住所：〒 _____ - _____  <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <span>福島県</span> </div>	
携帯番号※：( _____ ) _____ - _____	
※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。	
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）	
※現在、同居されている方がいますか。当てはまるものの□に✓を記入してください。	
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 一人暮らし <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 家族と同居している（夫婦二人暮らしも含む） <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> 施設で生活している <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

# 福島第一原発地域滞在者行動記録票

受付番号				
ふりがな			(未成年の場合)	
氏名			保護者名 保 護 者 氏 名	続柄
生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)
	明・大・昭・平			性別 男・女

行動記録(記入例) 屋内か屋外かの別を明示してください

(例)	①	10:10	②	11:00	③	① 自宅 (指)
	0	6	12	18	24	

行動記録(実際の行動)

	0	6	12	18	24	詳細
3/11 (金)						
3/12 (土)						
3/13 (日)						
/14 (月)						
3/15 (火)						
3/16 (水)						
3/17 (木)						

# 福島第一原発地域滞在者行動記録票

## 行動記録

0                      6                      12                      18                      24                      詳細

3/18 (金)					
3/19 (土)					
3/20 (日)					
3/21 (月)					
3/22 (火)					
3/23 (水)					
3/24 (木)					
3/25 (金)					

## 記入欄(本人記入不要)

放射線量測定	日時: / ( ) 時、場所	カウント	cpm
除染	要・不要    除染した日時: / ( ) 時、場所:		
安定ヨウ素剤	要・不要    服用した日時: / ( ) 時、場所:		
その他			

問1. 現在のあなたの健康状態はどうか。(一つだけ選んでください)

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  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

1 ない  2 ある

10) 甲状腺疾患

1 ない  2 ある

甲状腺疾患の種類は何ですか？

1 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)

2 甲状腺機能低下症

3 その他 ( )

11) 精神疾患

1 ない  2 ある

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

3 わからない

何回くらい受けましたか？

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

3 わからない

何回くらい受けましたか？

1 1～2回

2 3～5回

3 6回以上

4 わからない

3) 腹部 (肝臓、膵臓、腎臓など)

1 ない

2 ある

3 わからない

何回くらい受けましたか？

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

3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

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  
 3 わからない

何回くらい受けましたか？

1 1～2回    2 3～5回    3 6回以上    4 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。

- 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？
( )	歳ごろ
( )	歳ごろ
( )	歳ごろ

問5. ヨウ素剤の服用についてお尋ねします。

平成23年3月11日以降、ヨウ素を含有する薬剤(安定ヨウ素剤)を服用しましたか。

- 1 はい     2 いいえ     3 わからない

問6. 日常生活機能についておたずねします。

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。

- 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) 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。

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？

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？

吸っていなかった

吸っていた

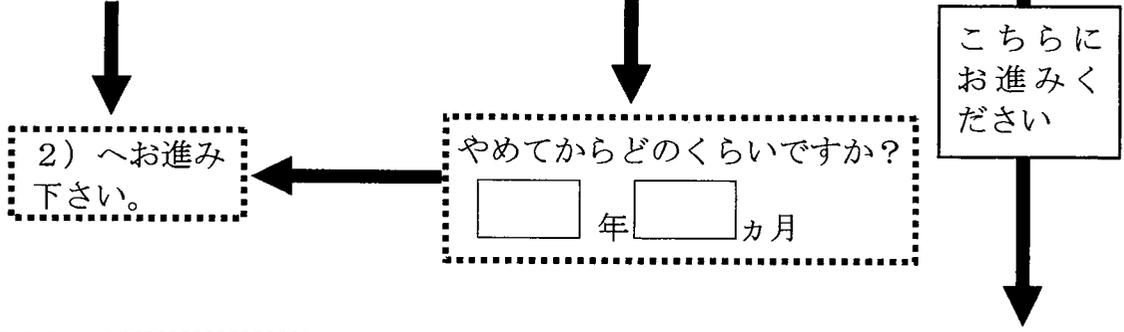
問9. お酒についてお尋ねします。

1) お酒（アルコール飲料）を飲みますか？

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)



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					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	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__本
	中瓶・中缶	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__本
	小瓶・小缶	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__本
日本酒		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__合
焼酎		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	コップ __杯
ワイン		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	グラス __杯
洋酒*	シングル	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	コップ __杯
	ダブル	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <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？

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。

1) 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)？

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(ヤクルト等)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2) 自分の畑や果樹園、家庭菜園等で作られた作物や、飼育している家畜の乳などを、どれくらいの頻度で食べますか。

食べる頻度		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
食品の種類							
自家栽培の野菜(露地栽培)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
自家栽培の野菜(ハウス栽培)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
自家栽培のくだもの		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
飼育している家畜の乳(牛乳など)		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) 飲食用の水として使用しているのは、次のうちどれですか（当てはまるものすべて）。

- <sub>1</sub> 水道水      <sub>2</sub> 井戸水（簡易水道）      <sub>3</sub> ミネラルウォーター  
<sub>4</sub> その他（ \_\_\_\_\_ ）

### 問 11. 身体活動や運動習慣についてお尋ねします。

1) 余暇（休日や時間があるとき）の運動についてお尋ねします。

最近の1年間を平均して、運動の種類別にお答えください。

※ 仕事、通勤、家事などでの運動は、次のページの 2) でお尋ねします。

身体活動の種類	1日あたりの時間と週あたりの頻度
息がはずまない程度の運動 （散歩、ウォーキング、 ハイキング、体操、ゴルフ、 趣味の庭仕事など）	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> しない、または週に1日未満  <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> する → 週に <input type="text"/> 日くらいの頻度で、 1日に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分くらい
息がはずむが話ができる程度 の運動 （軽いジョギング、水泳、 スキー、ダンス、軽い球技など）	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> しない、または週に1日未満  <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> する → 週に <input type="text"/> 日くらいの頻度で、 1日に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分くらい
話が難しいほど息がはずむ運動 （はげしい球技、格闘技、 マラソンなど）	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> しない、または週に1日未満  <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> する → 週に <input type="text"/> 日くらいの頻度で、 1日に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分くらい

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？  
 当てはまる数字に丸を付けてください。

		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、何が起ころうと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. 最近1週間のことを思い出してお答えください。

それぞれの症状や事項について、当てはまる数字に丸を付けてください。

		全く なし	少し	中く らい	かな り	非常 に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、その時の気持ちがぶりかえしてくる。	0	1	2	3	4
2	睡眠の途中で目が覚めてしまう。	0	1	2	3	4
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。	0	1	2	3	4
4	イライラして、怒りっぽくなってくる。	0	1	2	3	4
5	そのことについて考えたり思い出す時は、なんとか気を落ち着かせようとしている。	0	1	2	3	4
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。	0	1	2	3	4
7	そのことは、実際に起きなかったとか、現実のことでなかったような気がする。	0	1	2	3	4
8	そのことを思い出させるものには近よらない。	0	1	2	3	4
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。	0	1	2	3	4

10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきどきしてしまう	0	1	2	3	4
11	そのことは考えないようにしている	0	1	2	3	4
12	そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている	0	1	2	3	4
13	そのことについての感情は、マヒしたようである	0	1	2	3	4
14	気がつくと、まるでその時にもどってしまったかのようにふるまったり、感じたりすることがある	0	1	2	3	4
15	寝つきが悪い	0	1	2	3	4
16	そのことについて、感情が強くこみ上げてくることがある	0	1	2	3	4
17	そのことを何とか忘れようとしている	0	1	2	3	4
18	ものごとに集中できない	0	1	2	3	4
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある	0	1	2	3	4
20	そのことについての夢を見る	0	1	2	3	4
21	警戒して用心深くなっている気がする	0	1	2	3	4
22	そのことについては話さないようにしている	0	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。差し支えのない範囲でお答えください。

問 14. 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 15. ご家族（血縁者）の中で次の疾患にかかった人がいますか？  
（罹ったことのある疾患に✓をしてください。）

1) お父様（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>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（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>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）？

ご兄弟がない方は、こちらに✓  
印をつけてください。

- <sub>0</sub> 兄弟（血縁）はいない  
<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。

- <sub>0</sub> 姉妹（血縁）はいない  
<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姉妹はいない      <sub>6</sub> 分からない

問 16. 平成 23 年 3 月 11 日時点の状況を教えてください（女性の方のみ）。

1) 妊娠していましたか。

いいえ  はい → 妊娠（）週

2) 授乳していましたか。

いいえ  はい

問 17. 出産と閉経についておたずねします（女性の方のみ）。

1) 出産の経験がありますか。

ない

ある →

何人のお子さんを出産されましたか？  人

最初のお子さんを出産した時の年齢は？  歳

2) 閉経の時期と理由をお答えください。お分かりになる範囲で結構です。

閉経の時期は何歳ごろですか？

歳のころ →

閉経の理由

自然に止まった（閉経した）

子宮や卵巣の手術のため

その他（）

これで質問は終わりです。

ご協力ありがとうございました。

## 平成 23 年度 福島県県民健康管理

## 問診票(小学生用)

このたびは、調査にご協力いただきありがとうございます。

以下の欄にご記入いただく個人情報は、福島県が行う調査研究のためだけに使用し、一切公開することはありません。

※本調査票には、調査対象となったお子様について、保護者の方がお答えください。

受付番号		
調査 I D		
ご記入日：平成 23 年 ____ 月 ____ 日		調査実施場所：
回答していただく方はどなたですか。(一つに✓)		
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 母親 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 父親 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 祖父母 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> その他 ( _____ )		
ふりがな お子様のご氏名：		性別： 男 ・ 女
保護者のご氏名：		(続柄 _____ )
生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
本籍地 (国籍)：		
都・道 府・県	市・区 郡	区・町 村
住民票上の住所：〒 _____ - _____		
都・道 府・県	市・区 郡	区・町 村
保護者の携帯番号*：( _____ ) - _____		
※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。		
お子様が同居している方を教えてください。(いくつでも✓)		
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 母親 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 父親 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 祖父母 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> その他 ( _____ )		

# 福島第一原発地域滞在者行動記録票

受付番号				
ふりがな			(未成年の場合) 保 護 者 名	続 柄
氏 名				
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳) 明・大・昭・平			性 別 男・女

行動記録(記入例) 屋内か屋外かの別を明示してください

(例)	①	10:10	②	11:00	③	① 自宅 (福)
	0	6	12	18	24	

行動記録(実際の行動)

	0	6	12	18	24	詳細
3/11 (金)						
3/12 (土)						
3/13 (日)						
3/14 (月)						
3/15 (火)						
3/16 (水)						
3/17 (木)						

# 福島第一原発地域滞在者行動記録票

## 行動記録

	0	6	12	18	24	詳細
3/18 (金)						
3/19 (土)						
3/20 (日)						
3/21 (月)						
3/22 (火)						
3/23 (水)						
3/24 (木)						
3/25 (金)						

## 記入欄(本人記入不要)

放射線量測定	日時: / ( ) 時、場所	カウント	cpm
除染	要・不要 除染した日時: / ( ) 時、場所:		
安定ヨウ素剤	要・不要 服用した日時: / ( ) 時、場所:		
その他			

問1. 現在のお子様の健康状態はどうか。(一つだけ選んでください)

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. 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3. 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4. 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

3  わからない



何回くらい受けましたか?

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

3  わからない



何回くらい受けましたか?

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

3  わからない



何回くらい受けましたか?

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

3  わからない



何回くらい受けましたか?

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

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 →

3  わからない

何回くらい受けましたか？

1  1～2回

2  3～5回

3  6回以上

4  わからない

問5. 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。

- <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？	何歳の頃でしたか？
( )	<input type="text"/> 歳ごろ
( )	<input type="text"/> 歳ごろ
( )	<input type="text"/> 歳ごろ

問6. お子様のヨウ素剤の服用についてお尋ねします。

平成 23 年 3 月 11 日以降、ヨウ素を含有する薬剤(安定ヨウ素剤)を服用させましたか。

- <sub>1</sub> はい    <sub>2</sub> いいえ    <sub>3</sub> わからない

問7. お子様がつつ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

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。

1) 飲食用の水として使用しているのは、次のうちどれですか (当てはまるものすべて)。

- <sub>1</sub> 水道水    <sub>2</sub> 井戸水 (簡易水道)    <sub>3</sub> ミネラルウォーター  
<sub>4</sub> その他 ( )

2) 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)?

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(ヤクルト等)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3) 自分の畑や果樹園、家庭菜園等で作られた作物や、飼育している家畜の乳などを、どれくらいの頻度で食べますか。

食べる頻度		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
食品の種類							
自家栽培の野菜(露地栽培)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
自家栽培の野菜(ハウス栽培)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
自家栽培のくだもの		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
飼育している家畜の乳(牛乳など)		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. この 1 週間のお子様の状態を考えて、それがよくあてはまる場合は 2 に○をつけて下さい。ややまたはときどきあてはまる場合は 1 に○を、あてはまらない場合は 0 に○をつけて下さい。中にはお子さんに合わない項目があるかもしれませんが、すべての項目にできるだけお答え下さい。

		あては まらない	ややまたはときど きあてはまる	よくあては まる
1	行動が年齢より幼すぎる	0	1	2
2	集中力や注意力が長続きしない	0	1	2
3	じっとすわってられない、落ち着きがない	0	1	2
4	混乱したり、訳がわからなくなっているように見える	0	1	2
5	空想したり、考えにふけったりする	0	1	2
6	衝動的だったり、じっくり考えないで行動する	0	1	2
7	他人といるより一人でいるのを好む	0	1	2
8	神経質あるいは緊張している	0	1	2
9	体がひきつったりピクピク動いたりする	0	1	2
10	めまいを感じる	0	1	2
11	疲れ過ぎている	0	1	2
12	医学的原因が見つからない身体的な問題:	0	1	2
	a 痛み(腹痛や頭痛ではなく)	0	1	2
	b 頭痛	0	1	2
	c 吐き気、気分が悪い	0	1	2
	d 眼の問題(メガネ等で治せないもの)	0	1	2
	(具体的に書いて下さい):			
	e 発疹や他の皮膚の問題	0	1	2
	f 腹痛や胃けいれん	0	1	2
	g 吐く、もどす	0	1	2
	h その他(具体的に書いて下さい)	0	1	2
13	学校の成績が悪い	0	1	2
14	運動神経が悪くて不器用	0	1	2
15	絶対にしゃべろうとしない	0	1	2
16	人に打ち明けられないで秘密にする	0	1	2
17	内気、臆病	0	1	2
18	ぼかんと一点を見つめる	0	1	2
19	よくすねる	0	1	2
20	活動的でなく、動作がのろく、元気がない	0	1	2
21	楽しくなく、悲しく、落ち込んでいる	0	1	2
22	引きこもって他人と関わりを持とうとしない	0	1	2