

0000000000

平成27年度

県民健康調査

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）

〒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28年 月 日

ふりがな お子様のご氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お子様の生年月日：平成 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（ ）

保護者のご氏名： （続柄： ）

（送付先住所変更）上記住所から変更される場合のみご記入ください。〒 - 市・区 区・町
都・道 郡 村
府・県

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 cm 体重 kg

身長 . cm 体重 . kg

問3. 現在、お子様が治療中の病気等はありますか。

- 1 ない 2 ある

↓ ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問4. お子様は、この一年以内に病気で入院したことがありますか。

- 1 ない 2 ある

↓ ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問5. 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。

いいえ はい → およそ 時間 分くらい

問6. 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)

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7. 現在の、お子様の食生活についてお尋ねします。

1) お子様は母乳を飲んでいますか。

はい いいえ

2) 対象のお子様が1歳以上の方に伺います。最近1か月間の食事について、当てはまる□に✓をご記入ください。

① 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… はい いいえ

② 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… はい いいえ

③ 果物をほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ

④ 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか… はい いいえ

⑤ 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… はい いいえ

問8. 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

0000000000

※ 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。

[Empty space for writing responses]

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。
ご回答、ありがとうございました。

〔お問い合わせ先〕



- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
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 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))

0000000000

平成27年度

県民健康調査

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）

〒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28年 月 日

ふりがな お子様のご氏名： _____	性別： ₁ <input type="checkbox"/> 男 ₂ <input type="checkbox"/> 女
お子様の生年月日：平成 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 ()

保護者のご氏名： _____ (続柄： _____)

(送付先住所変更) 上記住所から変更される場合のみご記入ください。

〒 _____ - _____
都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号 _____

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等はありますか。

- 1 ない 2 ある



ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問4. お子様は、この一年以内に病気で入院したことがありますか。

- 1 ない 2 ある



ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問5. お子様の、睡眠についてお尋ねします。

1) お子様がふつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。

(24 時間表記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6. 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、自転車乗りなど)

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7. 最近1か月間の食事について、当てはまる□に✓をご記入ください。

1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 速い ふつう 遅い

2) 砂糖入りの飲料(ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか…………… はい いいえ

3) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… はい いいえ

4) 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… はい いいえ

5) 果物をほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ

6) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか… はい いいえ

7) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… はい いいえ

8) 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)を、
ほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ

9) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか…………… はい いいえ

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

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

問9. 保育園・幼稚園に行きたがらないことがありますか。

1 ある 2 ない 3 現在入園していない

※ 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。

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。
ご回答、ありがとうございました。

0000000000

〔お問い合わせ先〕



ふくしまから
はじめよう。

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
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 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))

0000000000

平成27年度

県民健康調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票（小学生用）

〒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28年 月 日

ふりがな

お子様のご氏名：

性別：₁ 男 ₂ 女

お子様の生年月日：平成 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（ ）

保護者のご氏名： （続柄： ）

（送付先住所変更）上記住所から変更される場合のみご記入ください。

〒 _____ - _____
都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号

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等がありますか。

- 1 ない 2 ある

↓ ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問4. お子様は、この一年以内に病気で入院したことがありますか。

- 1 ない 2 ある

↓ ある場合は、当てはまる口に✓をご記入ください。

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

問5. お子様がふつう夜寝る時刻と起きる時刻は何時頃ですか。

(24 時間表記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

**問6. 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7. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。

1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 1 速い 2 ふつう 3 遅い

2) 朝食を抜くことがよくありますか…………… 1 はい 2 いいえ

3) 砂糖入りの飲料(ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか…… 1 はい 2 いいえ

4) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… 1 はい 2 いいえ

5) 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… 1 はい 2 いいえ

6) 果物をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ

7) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか・ 1 はい 2 いいえ

8) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… 1 はい 2 いいえ

9) 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)を、
ほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ

10) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか…………… 1 はい 2 いいえ

問8. 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

問9. 学校に行きたがらないことがありますか。

1 ある 2 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。

[Empty space for handwritten responses]

**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。
ご回答、ありがとうございました。**

0000000000

〔お問い合わせ先〕



ふくしまから
はじめよう。

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
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 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))

0000000000

平成27年度

県民健康調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票（中学生用）

〒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28年 月 日

ふりがな
お子様のご氏名：

性別：₁ 男 ₂ 女

お子様の生年月日：平成 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（ ）

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）

（続柄： ）

（送付先住所変更）上記住所から変更される場合のみご記入ください。

〒 _____ - _____
都・道 市・区 区・町
府・県 郡 村

アパート等名称・部屋番号 _____

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5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) 普段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. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 1 速い 2 ふつう 3 遅い
- 2) 朝食を抜くことがよくありますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 3) 夕食後1～2時間以内に床につきますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 4) 砂糖入りの飲料(コーヒー、ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 5) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… 1 はい 2 いいえ
- 6) 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 7) 果物をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 8) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 9) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 10) 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)を、
ほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 11) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか…………… 1 はい 2 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。

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してください。ご回答、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6. 現在、お子様が治療中の病気等がありますか。

1 ない 2 ある

ある場合は、当てはまる□に✓をご記入ください。

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

問7. お子様は、この一年以内に病気で入院したことがありますか。

1 ない 2 ある

ある場合は、当てはまる□に✓をご記入ください。

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

問8. 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 カツとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 一人であるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 素直で、だいたい大人のいうことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ	<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

問9. お子様は、学校に行きたがらないことがありますか。

₁ ある ₂ 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。

[Empty space for handwritten responses, enclosed in large parentheses.]

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。
ご回答、ありがとうございました。

0000000000

〔お問い合わせ先〕



ふくしまから
はじめよう。

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
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 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))

0000000000

平成27年度

県民健康調査

こころの健康度・生活習慣に関する調査

調査票（一般用）

〒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28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）			
（続柄：）			
（送付先住所変更） <u>上記住所から変更される場合のみ</u> ご記入ください。			
〒 _____ - _____ 都・道 市・区 区・町 府・県 郡 村			
アパート等名称・部屋番号			
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. この一年以内に、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)
₁ 脳こうそく(脳塞栓、脳血栓)
₂ 脳出血 ₃ くも膜下出血
₄ その他() ₅ わからない

脳の血管が
つまっておこる
病気です

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) 肺炎

1 ない 2 ある

9) 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 ()

問4. 睡眠についてお尋ねします。

1) この1か月間の睡眠時間(昼寝を含む)は、1日平均どれくらいですか。

およそ 時間 分くらい

2) この1か月間(睡眠の長さに関わらず)睡眠の質に満足していますか。

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

3) 以下の経験が少なくとも週3回以上ありましたか。

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

問5. 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

※ 次の問6～7は、成人の方のみお答えください。
未成年の方は問8にお進みください。

問6. 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

↓ ↓ ↓
問7へお進みください。

吸っている方にお尋ねします。
吸っている本数をお答えください。
※ 1日あたり平均 本くらい吸っている。

問7. お酒についてお尋ねします。

1) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか。

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

↓ ↓ ↓
問8へお進みください。

↓
2)にお進みください。

2) お酒を飲む頻度についてお答えください。 週に 日程度

3) 飲酒日の1日あたりの飲酒量についてお答えください。

※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

日本酒に換算※して、

1日あたり 合程度

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

問 8. この2週間で、食欲がないことがどのくらいの頻度でありましたか。

- 0日
 数日
 半分以上
 ほとんど毎日

問 9. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 速い ふつう 遅い
 2) 朝食を抜くことがよくありますか…………… はい いいえ
 3) 間食または夜食をほぼ毎日とりますか…………… はい いいえ
 4) 就寝前の2時間以内に夕食を週3回以上とりますか…………… はい いいえ
 5) 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)を、
 ほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ

**問 10. 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 11. あなたの生活状況についてお尋ねします。

1) 震災のため、もともと同居していた家族と、現在離れて生活していますか。

はい いいえ

2) 同居の人数(自分を含めて)を教えてください。

震災前()人 現在()人

3) 現在お住まいの場所はどこですか。あてはまるものに✓をご記入ください。

借上住宅 仮設住宅 復興公営住宅 借家・アパート 親戚宅
 持家 その他()

4) 現在のあなたの勤務形態について、教えてください。

常勤・自営 パート 無職(学生、専業主婦を含む)

5) 現在の暮らし向きを経済的にみてどう感じていますか。

苦しい やや苦しい 普通 ややゆとりがある ゆとりがある

6) 震災前、あなた(または配偶者)は、妊娠中でしたか。または、未成年であるあなたの子どもと同居していましたか。(複数回答可)

いいえ はい →

- 自分(または配偶者)は妊娠中であった
- 就学前の子どもと同居していた
- 小学生の子どもと同居していた
- 中学生の子どもと同居していた
- 中学卒業以上の未成年の子どもと同居していた

7) 現在、あなた(または配偶者)は、妊娠中ですか。または、未成年であるあなたの子どもと同居していますか。(複数回答可)

いいえ はい →

- 自分(または配偶者)は妊娠中である
- 就学前の子どもと同居している
- 小学生の子どもと同居している
- 中学生の子どもと同居している
- 中学卒業以上の未成年の子どもと同居している

0000000000

※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。

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。
ご回答、ありがとうございました。

〔お問い合わせ先〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
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 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))

