

健康調査票

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野、および、川崎医科大学に分析を委託することに同意いただける場合は、下記の口にチェックを入れて回答へお進みください。

同意し、調査票に回答する

記載年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※記載年月日もご記入ください

あなた(調査対象者)についてお答えください。

氏名: _____ 生年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: _____

性別: 男 / 女 / 回答しない 年齢: _____ 歳

身長: _____ . _____ cm 体重 _____ . _____ kg

以下の質問についてお答えください。

質問1. あてはまる番号に○をつけてください。

1-1. 現在、タバコを吸っていますか。

0. 吸わない 1. 吸う 2. やめた (_____ 年前 / _____ か月前)

「吸う」または「やめた」と答えた方 →平均で1日約何本を、何年間吸っていましたか。

1日に(_____)本 およそ(_____)年間

1-2. お酒はどれくらいの頻度で飲みますか。

0. 飲まない 1. 月1回以下 2. 月2~4回 3. 週2~3回 4. 週4回以上

5. やめた (_____ 年前 / _____ か月前)

質問2. これまでに病気で通院や入院をしたことがありますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

質問3へ

補問2-1. どのような診断で通院や入院をしましたか。

あてはまる全ての病名や状態の番号に○をつけ、診断された年月を記入してください。

病名	病名	診断された年月
1	脂質異常症（高コレステロール血症）	（西暦 ）年（ ）月
2	肥満症	（西暦 ）年（ ）月
3	高血圧	（西暦 ）年（ ）月
4	糖尿病	（西暦 ）年（ ）月
5	肝臓の病気（肝臓がんも含む）	（西暦 ）年（ ）月
6	胆のうの病気（胆のうがんも含む）	（西暦 ）年（ ）月
7	腎臓がん	（西暦 ）年（ ）月
8	乳がん	（西暦 ）年（ ）月
9	精巣（せいそう）がん	（西暦 ）年（ ）月
10	甲状腺機能亢進症	（西暦 ）年（ ）月
11	甲状腺機能低下症	（西暦 ）年（ ）月
12	潰瘍（かいよう）性大腸炎	（西暦 ）年（ ）月
13	妊娠高血圧症候群	（西暦 ）年（ ）月

13 妊娠高血圧症候群に○をつけられた方は、補問2-2 も回答してください。

13 妊娠高血圧症候群に○をつけていない方は、補問2-3 へ進んでください。

補問2-2. 妊娠時期はいつですか。また、妊娠第何週に妊娠高血圧症候群と診断されましたか。□に記入してください。

妊娠の時期					年			月
-------	--	--	--	--	---	--	--	---

診断時の妊娠週数				週
----------	--	--	--	---

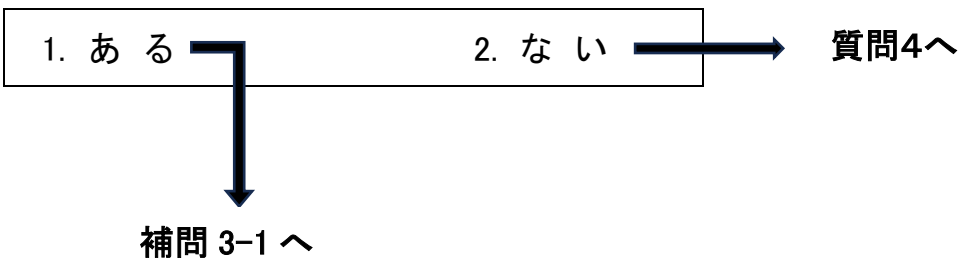
補問2-3. 補問2-1で、○をつけた病名・症状の中で、
現在も治療中の番号を下の□に記入してください。

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

補問2-4. 現在、使用している薬があれば、あてはまる番号全てに○をつけてください。
また、いつから使用しているか、西暦で記入してください。

1. 脂質異常症治療薬	年	月	から
2. 降圧薬(高血圧の薬)	年	月	から
3. 糖尿病治療薬	年	月	から
4. 甲状腺ホルモン製剤	年	月	から

質問3. あなたは、病気やけがなどで体の具合が悪いところ(自覚症状)がありますか。



補問3-1. それはどのような症状ですか。あてはまる番号全てに○をつけてください。
 その中で**最も気になる症状の番号**を番号記入欄に**記入**してください。
 また、**最も気になる症状はいつ頃から発症しているか、**記入してください。

01 熱がある	15 せきやたんが出る	29 肩こり
02 体がだるい	16 鼻がつまる・鼻汁が出る	30 腰痛
03 眠れない	17 ゼイゼイする	31 手足の関節が痛む
04 イライラしやすい	18 胃のもたれ・むねやけ	32 手足の動きが悪い
05 もの忘れする	19 下痢	33 手足のしびれ
06 頭痛	20 便秘	34 手足が冷える
07 めまい	21 食欲不振	35 足のむくみやだるさ
08 目のかすみ	22 腹痛・胃痛	36 尿が出にくい・排尿時痛い
09 物を見づらい	23 痔による痛み・出血など	37 頻尿(尿の出る回数が多い)
10 耳なりがする	24 歯が痛い	38 尿失禁(尿がもれる)
11 きこえにくい	25 歯ぐきのはれ・出血	39 月経不順・月経痛
12 動悸	26 噛みにくい	40 骨折・ねんざ・脱きゆう
13 息切れ	27 発疹(じんま疹・できものなど)	41 切り傷・やけどなどのけが
14 前胸部に痛みがある	28 かゆみ(湿疹・水虫など)	42 その他
○を付けた中で 最も気になる症状の番号 記入欄 →		
最も気になる症状は、いつ頃から発症していますか →		
		年前 / 月 个月前

質問4. あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. よい	2. まあよい	3. ふつう	4. あまりよくない	5. よくない
-------	---------	--------	------------	---------

質問5. 次の(ア)から(カ)の質問について、過去1か月間の間はどのようであったか、6つの項目それぞれのあてはまる番号 1つに○をつけてください。

(ア) 神経過敏に感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

(イ) 絶望的だと感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

(ウ) そわそわ、落ち着きがなく感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

(エ) 気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

(オ) 何をするにも、骨折りだと感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

(カ) 自分は価値のない人間だと感じましたか。

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. 全くない | 2. 少しだけ | 3. ときどき | 4. たいてい | 5. いつも |
|---------|---------|---------|---------|--------|

質問6. 2023年度に、吉備中央町で後期高齢者健康診査・特定健康診査を受けましたか。

1. はい

2. いいえ



質問7へ



補問6-1へ

補問6-1. この調査では、皆様の健康状態や健康指標を把握し、円城地域とそれ以外の地域の比較を行います。

そこで、会社や学校、病院などで受けた直近の健康診査の結果を、結果表を見ながら、()に記入してください。

記入が難しい方や健康診査結果表の見方が分からない方などは、直近の健康診査の結果のコピーを調査票の返信用封筒に同封してください。

検査項目		検査結果の数値を書き写してください	いつの健診結果ですか
脂質	HDL コレステロール	(.)mg/dL	20()年()月
	LDL コレステロール	(.)mg/dL	20()年()月
	中性脂肪(TG)	(.)mg/dL	20()年()月
肝臓の機能	AST(GOT)	(.)IU/I	20()年()月
	ALT(GPT)	(.)IU/I	20()年()月
	γ-GTP	(.)IU/I	20()年()月
腎機能	クレアチニン	(.)mg/dL	20()年()月
血糖 (検査した項目のみ記入)	HbA1c	(.)%	20()年()月
	空腹時血糖	(.)mg/dL	20()年()月
その他	尿酸値	(.)mg/dL	20()年()月

質問7. 現在 あるいは 以前 の居住状況について、あてはまる番号 1つに○をつけ、その期間を西暦で()に記入してください。

<p>1. <u>現在</u>、円城地区に住んでいる</p> <p>2. <u>以前</u>、円城地区に住んでいた</p> <p>3. 円城地区に住んだことがない</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>()年 ()月 から</p>
		<p>()年 ()月 から</p>
		<p>()年 ()月 まで</p>

質問8. 現在 あるいは 以前 の勤務場所について、あてはまる番号 1つに○をつけ、その期間を西暦で()に記入してください。

<p>1. <u>現在</u>、円城地区に勤務している</p> <p>2. <u>以前</u>、円城地区に勤務していた</p> <p>3. 円城地区に勤務したことがない</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>()年 ()月 から</p>
		<p>()年 ()月 から</p>
		<p>()年 ()月 まで</p>

質問9. 2023年10月当時1か月※の食べ方をふりかえって☑をつけてください。

※吉備中央町円城浄水場において有機フッ素化合物濃度が国の示す暫定目標値を超えていた事案が発覚する直前

調理用水にはどの水を多く使いますか(いちばん多く使うものをお答えください)	飲用水にはどの水を多く使いますか(いちばん多く使うものをお答えください)	水やミネラルウォーターを飲む頻度	①浄水器を使用していましたか(ポット型浄水器も含む)
<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> ペットボトル・プラスチック容器入りの水 <input type="checkbox"/> 井戸水・地下水・湧き水など	<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> ペットボトル・プラスチック容器入りの水 <input type="checkbox"/> 井戸水・地下水・湧き水など	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上 <input type="checkbox"/> 毎日2~3杯 <input type="checkbox"/> 毎日1杯 <input type="checkbox"/> 週4~6杯 <input type="checkbox"/> 週2~3杯 <input type="checkbox"/> 週1杯 <input type="checkbox"/> 週1杯未満 <input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> はい(「はい」と回答した方は②も回答ください) <input type="checkbox"/> いいえ ②カートリッジを説明書どおりに取り替えていましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

家庭調理後にプラスチック容器(タッパーなど)で保存した食品を食べましたか	プラスチック容器に入っている食品(弁当・惣菜など)を購入して食べましたか	プラスチック容器(タッパーなど)で保存した食品やプラスチック容器に入っている食品をお皿などに移し替えずそのままレンジで加熱して食べましたか	ファーストフード店(ハンバーガー・ピザ・牛丼店など)で購入したものを食べましたか
<input type="checkbox"/> 週7回以上 <input type="checkbox"/> 週5~6回 <input type="checkbox"/> 週3~4回 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 週1回未満 <input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 週7回以上 <input type="checkbox"/> 週5~6回 <input type="checkbox"/> 週3~4回 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 週1回未満 <input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> ほとんどいつも <input type="checkbox"/> よくした <input type="checkbox"/> 時々した <input type="checkbox"/> あまりしなかった <input type="checkbox"/> まったくしなかった	<input type="checkbox"/> 週7回以上 <input type="checkbox"/> 週5~6回 <input type="checkbox"/> 週3~4回 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 週1回未満 <input type="checkbox"/> 食べなかった

フッ素コーティングされた調理器具(テフロン加工フライパン・鍋・炊飯器など)を使用していますか	外食をしましたか (市販品を買って家庭で食べる場合やファーストフード店・食堂などでの食事を含めます。家庭で作った弁当と給食は含めません)	魚介類を摂取する頻度を教えてください。(魚介類とは、魚類や貝類を指します。)
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上 <input type="checkbox"/> 毎日1回 <input type="checkbox"/> 週4~6回 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2~3回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 週5回以上 <input type="checkbox"/> 週2回~4回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回~3回 <input type="checkbox"/> 月1回未満 <input type="checkbox"/> 食べなかった

質問10. 有機フッ素化合物(PFAS)の血液検査を希望しますか。

どちらか 1つ に○をつけてください。

1. はい	2. いいえ
-------	--------



血液検査を希望された方には、

後日、吉備中央町保健課から案内を送付させていただきます。

質問 11. 補問2-1もしくは補問2-4の質問に該当しない病名または薬がある場合は、

西暦で記入できる範囲で記入してください。

病名または薬の名称	診断された(服薬した)年月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

アンケートはこれで終了です。ご協力ありがとうございました。次ページもご確認ください。

回答済の「健康調査票」「健診結果（補問6-1 未記入の方のみ）」を同封の返信用封筒に入れていただき、切手を貼らずにポストへ投函してください。

返送期限：令和6年9月30日（月）

☆この調査について知りたいことや、ご心配なことがありましたら、
遠慮なく以下の連絡先にお問い合わせください。

<問い合わせ先>

岡山県加賀郡吉備中央町豊野 1-2

吉備中央町保健課 0866-54-1326 （平日8:30~17:15）

<出張相談窓口>

岡山県加賀郡吉備中央町円城540-4

総合福祉センター 毎週火曜日（祝日除く）午前9時から午後0時まで