

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。

1. ある	2. ない	質問4へ
-------	-------	------

↓

補問3-1へ

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・脱きゅう |
| 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 / ____ か月前

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/l	20()年()月
	ALT(GPT)	(.)IU/l	20()年()月
	γ-GTP	(.)IU/l	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. 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を記入してください。

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

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。

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