

6. あなたの視力についておたずねします。

問1. めがね、コンタクトレンズを使用していますか。

1. はい 2. いいえ

<「はい」と回答された方のみ、問2以降の質問にお答え下さい>

<「いいえ」と回答された方は、問3以降の質問にお答え下さい>

問2. どんな種類のめがねを使用していますか。

1. 遠用 2. 近用（老眼鏡） 3. 遠用と近用の両方 4. コンタクトレンズ

問3. これまで屋外で仕事（一日6時間以上を目安に）をすることが多かったでしょうか。

1. 屋外での仕事はしていない 2. 週に1～2日程度
3. 週に3～4日程度 4. 週に5日以上

問4. 日常生活で見づらいつ感じていますか。（めがねの方はめがねをかけた状態で）

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問5. 目が疲れたと感じることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問6. 目が乾くと感じることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問7-1. 毎日の生活の中でコンピュータやワープロの画面をみることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. ほぼ毎日ある（1日4時間以下） 4. 1日4時間以上ある

問7-2. コンピューターやワープロの画面をみていて、頭が痛くなったり手がしびれるということがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問8. 一日にテレビやビデオを、平均何時間くらい見ますか。

1. 1時間未満 2. 1～4時間 3. 4～8時間 4. 8時間以上

問9. 視力がよくないために生活の範囲が狭くなっていると思いますか。

1. 思う 2. たまに思う 3. 思わない 4. わからない

問10. 視力がよくないために自信を失っていると思いますか。

1. 思う 2. たまに思う 3. 思わない 4. わからない

問11-1. 右眼の手術を受けたことがありますか。(〇はいくつでも)

1. なし 2. 白内障手術 3. 緑内障手術 4. 網膜剥離手術
5. レーザー手術 6. その他 () 7. わからない

問11-2. 左眼の手術を受けたことがありますか。(〇はいくつでも)

1. なし 2. 白内障手術 3. 緑内障手術 4. 網膜剥離手術
5. レーザー手術 6. その他 () 7. わからない

問12-1. 時にものが見えなくなることがありますか。(一時的な視力喪失)

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問12-2. ものが二重に見えることがありますか。(複視)

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問12-3. ものがゆがんで見えることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問12-4. まぶしく感じることがありますか。

1. なし 2. 屋外にいる時のみまぶしい 3. いつもまぶしい 4. わからない

問12-5. 暗いところで見えにくいですか。

1. 問題ない 2. 少し見えにくい 3. かなり見えにくい 4. わからない

問12-6. 緑内障といわれたことがありますか。

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問12-7. 白内障といわれたことがありますか。

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

<「思う」「たまに思う」と答えた方は、以下の5つの問いにお答えください。
「思わない」と答えた方は次のページにお進みください。>
(補聴器を使用している方は使用中の状態についてお答えください)

問8-2. 耳の聞こえが悪いために生活の範囲が狭くなっていると思いますか？

1. よく思う 2. たまに思う 3. 思わない

問8-3. 耳の聞こえが悪いために自信を失っていると思うことがありますか？

1. よく思う 2. たまに思う 3. 思わない

問8-4. 音は聞こえても言葉が聞き取りにくいと感じることがありますか？

1. よくある 2. たまにある 3. ない

問8-5. 一人で（音量を自分の聞きやすい大きさに調節して）テレビを見ているとき、
ニュースの内容は聞き取れますか？

1. ほとんどすべて聞き取れる 2. たまに聞き取れない時がある
3. 聞き取れないことの方が多い

問8-6. 静かな部屋で4～5人で話をするとき内容は聞き取れますか？

1. ほとんどすべて聞き取れる 2. たまに聞き取れない時がある
3. 聞き取れないことの方が多い

8. あなたの体重管理についてお伺いします。

問1. 適正な体重を維持することに気をつけていますか。

1. はい 2. いいえ

問2-1. 3ヶ月間で4 kg以上のダイエット（減量）をしたことがありますか。

1. ない 2. 数度ある（1～3回） 3. 何回もある（4回以上）

< 4 kg以上のダイエット（減量）をしたことのある方のみお答え下さい。ない方は問3へおすすみ下さい。 >

問2-2. 最初にダイエットをした時の年齢（ 歳） その時減った体重（ kg）

問2-3. 最も最近、ダイエットをした年齢（ 歳） その時減った体重（ kg）

問3. 病気やストレスで3ヶ月以内に4 kg以上体重が減ったことがありますか。

（出産を除く）

1. ない 2. 数度ある（1～3回） 3. 何回もある（4回以上）

問4. 3ヶ月以内に4 kg以上体重が増えたことがありますか。（妊娠を除く）

1. ない 2. 数度ある（1～3回） 3. 何回もある（4回以上）

問5. あなたの体質は次のうちどれにあてはまりますか。

1. 太りやすく、やせにくい
2. 太りにくく、やせやすい
3. 太りやすく、やせやすい
4. 太りにくく、やせにくい

問6. あなたの18歳の時の体重を教えてください。

（ kg）

9. （ここは女性だけの設問ですので、次へお進みください。）

10. あなたの排尿のことについてお聞きします

問1. 最近一ヶ月間の排尿の状態についておたずねします。

1) 排尿後にまだ残っている感じがありますか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

2) 排尿後2時間以内にもう一度行かねばならないことがありましたか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

3) 排尿途中で尿が切れることがありましたか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

4) 排尿をがまんするのがつらいことがありましたか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

5) 尿の勢いが弱いことがありましたか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

6) 排尿開始時にいきむ必要がありましたか。

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. まったくなし | 2. 5回に1回の割合未満 | 3. 2回に1回の割合未満 |
| 4. 2回に1回の割合 | 5. 2回に1回の割合以上 | 6. ほとんど常に |

7) 床についてから朝起きるまで普通何回排尿に起きますか。

- | | | |
|-----------|-------|---------|
| 1. まったくなし | 2. 1回 | 3. 2回 |
| 4. 3回 | 5. 4回 | 6. 5回以上 |

問2. 現在の排尿の状態（排尿の間隔、出やすさ、排尿にかかる時間など）が一生続くとしたらどう感じますか。

- | | | | |
|---------|-------|-----------|-------------------|
| 1. 大変満足 | 2. 満足 | 3. だいたい満足 | 4. 満足・不満足のどちらでもない |
| 5. 不満気味 | 6. 不満 | 7. 大変不満 | |

11. あなたの職種・職歴についておたずねします。以下の質問について該当する番号に○をつけて下さい。

問1. あなたの現在の就業状況は以下のどれにあたりますか。

1. 無職
2. 主婦（家事）
3. 就業（終日）
4. パート

問2. 就労している方（パートを含む）のみお答え下さい。あなたの現在の主たる職業は以下のどれですか。どこに当てはまるかわからない方は、その他の（ ）内に具体的に記入して下さい。

1. 専門的・技術的職業従事者（医師・弁護士・研究員・技師・教師・芸術家・マスコミ関係など）
2. 管理的職業従事者（会社・官公庁の課長以上、駅長、校長など）
3. 事務的職業従事者（会社・官公庁の一般事務職、銀行など）
4. サービス・販売職業従事者（店員、外交員、美容師、接客業など）
5. 技能的・労務的職業従事者（運転手、土木、建設、製造、加工、修理、印刷など）
6. 保安職業従事者（警察官・消防官、自衛官など）
7. 農林漁業従事者
8. 農林漁業以外の自営業（商店主、会社経営者など自営であるものすべてを含む）
9. その他（ ）

<退職したことがある方のみお答え下さい。その他の方は次にお進み下さい。>

問3. あなたがいままで一番長く従事された仕事はどういった内容ですか。上の問2の選択肢の中からひとつを選んで、その番号を記入して下さい。 （ ）年
その仕事の勤続年数は、何年ですか。 （ ）年

<会社や官公庁に勤務されている方（パート勤務を含む）のみ以下の質問にお答え下さい。>

その他の方は 問9 にお進み下さい。>

問4. あなたの勤めている勤務先の全従業者数は以下のどれにあたりますか。

1. 29人以下
2. 30～99人
3. 100～299人
4. 300～999人
5. 1000人以上

問5. あなたの現在の地位は以下のどれにあたりますか。

1. 一般職
2. 係長級
3. 課長級
4. 部長級
5. 取締役以上（経営者を含む）

問6. 直属の部下は、いますか。

1. いる
2. いない

問7. 夜勤はありますか。

1. ない
2. ある (1週間に 日)

問8. あなたの平均的な1週間あたりの残業時間は、およそどれくらいですか。

1. 残業なし
2. 5時間未満
3. 5～10時間未満
4. 10～15時間未満
5. 15～20時間未満
6. 20時間以上

問9. あなたの経済状況についておたずねします。あなたの家族の年収（生活を共にしている家族全員の収入の合計額）はどのくらいですか。「年収」は、昨年1月～12月までの1年間の税込み収入額の合計、本給の他に賞与、諸手当等を含みます。

1. 150万円以下
2. 150万円～249万円
3. 250万円～349万円
4. 350万円～449万円
5. 450万円～649万円
6. 650万円～749万円
7. 750万円～849万円
8. 850万円～999万円
9. 1000万円～1999万円
10. 2000万円以上

12. あなたの学歴についておたずねします。あなたが最後に卒業した（あるいは在学中の）学校はどれですか。該当する番号に○をつけて下さい。

1. 小学校・新制中学校
2. 旧制中学校・新制高校
3. 専修学校（高卒後）
4. 高専・短大
5. 大学、大学院

13. あなたの生きがいや趣味についておたずねします。以下の質問について該当する番号に○をつけて下さい。

問1. あなたの現在の生きがいとなっているものは何ですか。あてはまるものが複数ある場合は、すべてに○をつけて下さい。

1. 仕事
2. 職場仲間とのつながり
3. 配偶者や家族とのつながり
4. 子どもや孫の成長
5. 趣味・スポーツ
6. 趣味・スポーツの仲間とのつながり
7. 地域・その他の団体活動への参加
8. 人の世話や奉仕
9. 宗教
10. その他 ()
11. 特に生きがいとなるものはない

問2. あなたは何か生きがいとなるような趣味をお持ちですか。

1. いいえ
2. はい → それは何ですか。()

14. あなたの家族についておたずねします。以下の質問について該当する番号に○をつけて下さい。

問1. 現在の結婚状況について、あてはまる項目ひとつに○をつけて下さい。

1. 結婚歴なし
2. 既婚（内縁関係を含む）
3. 別居
4. 離婚
5. 死別

問2. 現在、存命中のお子さんはいらっしゃいますか。

1. いいえ
2. はい → 何人ですか () 人
→ 一番下のお子さんは何歳ですか () 歳

問3. 現在、存命中のお孫さんはいらっしゃいますか。

1. いいえ
2. はい → 何人ですか () 人

秘

調査票（その1）＜女性用＞

Ver3.1.

記入上のお願い

- 1.この調査票はあなたの健康状態、生活習慣や生活環境などについておたずねするものです。これらは検査結果に大きな影響を及ぼしますので、ご面倒でもご記入の上、検査当日お持ちくださるようお願いいたします。
- 2.各質問の記入の順序は特に指示がない限り、質問の順番に従って記入して下さい。
- 3.回答は、該当する数字を○でかこむものと、()内に必要な数字を記入するものがあります。特に指定がない限り、○は各問一つでお願いします。また、「その他」に該当する場合は、()内できるだけ詳しく記入して下さい。
- 4.記入の方法がわからないときは、センターでの測定・調査日に、おたずね下さい。

プライバシーは完全に守られ、個人のデータが公表されることは決してありません。

太枠の中だけご記入をお願いします。

ID 番号					
調査日	19	年	月	日	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(才)
性別	男	・	女		
名前					様

◆この調査票に関する問い合わせ先◆

国立長寿医療研究センター

長期縦断疫学調査センター

TEL：0562-46-2311 内線604

1. あなたの睡眠についておたずねします。

問1. 平均の睡眠時間を記入して下さい。(_____ 時間)

問2. あてはまるものに○印を付けて下さい。(○はいくつでも)

1. 寝入りが悪いことがよくある
2. 夜中に目が覚めて、眠れなくなることがよくある
3. 大きないびきをよくかく
4. よく夢をみる
5. 眠りは深い方だと思う
6. 昼間に眠くなったり、寝てしまうことがよくある
7. 特にない

問3. 昼寝をしますか。

1. 週に6回以上
2. 週に3～5回
3. 週に1～2回
4. しない

2. あなたやあなたの家族の喫煙習慣についておたずねします。

問1. あなたは現在タバコを吸っていますか。

1. 以前から吸わない
2. やめた → (_____ 歳から _____ 歳まで、一日平均 _____ 本位吸っていた)
3. 現在吸っている → (_____ 歳から、一日平均 _____ 本位吸っている)

<タバコをやめた方のみ、お答え下さい。>

問2. タバコをやめた理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. 以前ほど吸いたくなくなった
2. 病気のため
3. 健康に害があるような気がするから
4. 家族が嫌がるから
5. 経済上の理由から
6. その他(具体的に _____)

<タバコを吸う方のみ、以下の質問にお答え下さい。そのほかの方は 問4へお進み下さい。>

問3-1. タバコの煙を吸い込みますか。

1. ふかすだけ
2. 吸い込む
3. 両方

問3-2. フィルター付きのタバコを吸っていますか。

1. いつもフィルター付きのタバコにしている
2. 時々フィルター付きのタバコにしている
3. フィルター付きのタバコを吸うことはほとんどない
4. フィルター付きのタバコは吸わない

問4. 現在、家庭で他人のタバコの煙を吸うことはありますか。

1. ない 2. 時々ある 3. ほとんど毎日 (一日平均 時間)

問5. あなたが小・中学校の頃、家庭で他人のタバコの煙を吸うことがありましたか。

1. なかった 2. 時々あった 3. ほとんど毎日 (一日平均 時間)

問6. 家庭以外 (職場、乗り物、集会場など閉めきった室内) で他人の吐いたタバコの煙を吸うことはありますか。

1. ほとんどない 2. 時々ある 3. ほとんど毎日 (一日平均 時間)

3. あなたの健康状態についておたずねします。

問1. あなたの健康状態はいかがですか。

1. 非常に良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 非常に悪い

問2. 定期的な健康診断 (住民健診、職場健診、人間ドックなど) を受けていますか。

1. 1年に1回は受けている。
2. 2-3年に1回ぐらいは受けている。
3. まったく受けていない。

問3. かかりつけ (馴染みの) の医療機関 (医院・病院など) がありますか。

1. ある 2. ない 3. わからない

<かかりつけ、あるいは現在通院中の医療機関があれば記入して下さい。>

病・医院名 所在地
電話番号 医師名
1. 通院中 (病名) 2. 現在は通院していない

病・医院名 所在地
電話番号 医師名
1. 通院中 (病名) 2. 現在は通院していない

病・医院名 所在地
電話番号 医師名
1. 通院中 (病名) 2. 現在は通院していない

病・医院名 所在地
電話番号 医師名
1. 通院中 (病名) 2. 現在は通院していない

問4-1. 現在または過去にかかった病気などがありますか。番号に○をつけて下さい。

(1) 脳卒中	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(2) 高血圧	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(3) 心臓病	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(4) 高脂血症 (高コレステロール血症)	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(5) 腎臓病	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(6) 肝臓病	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(7) 胆石・胆嚢炎	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(8) 糖尿病	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(9) 胃・十二指腸潰瘍	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(10) 結核・肋膜炎	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(11) 喘息	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(12) 慢性気管支炎	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(13) 貧血	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(14) 骨粗鬆症	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(15) リウマチ・関節炎	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(16) 痛風・高尿酸血症	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(17) がん (部位)	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(18) 骨折	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(19) 前立腺肥大	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(20) 痴呆	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(21) パーキンソン病	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず
(22) その他 (病名)	1. なし	2. 治療中	3. 以前治療した	4. 治療せず

問4-2 今までに以下の手術を受けたことがありますか。

(1)胃の一部または全部を切除する手術

1. ある 2. ない

(2)頭部の手術

1. ある 2. ない

(3)心臓の手術

1. ある 2. ない

(4)肺の切除手術

1. ある 2. ない

(5)甲状腺の手術

1. ある 2. ない

(6)その他の手術

1. ある 2. ない

(具体的に)

問5. 過去2年間に入院したことがありますか。

1. ある 2. ない

<入院したことがある方はその病名と入院した日、入院していた期間について記入して下さい。>

1. 病名
入院した日 昭和・平成 年 月 日
入院していた期間 日間

2. 病名
入院した日 昭和・平成 年 月 日
入院していた期間 日間

3. 病名
入院した日 昭和・平成 年 月 日
入院していた期間 日間

4. あなたの家族の健康状況についておたずねします。

問1. あなたの血縁の（血のつながった）祖父母、父母、兄弟、子供のなかで以下の病気にかかったことのある方はいますか。番号に○をつけて下さい。

(1) 高血圧	1. いる	2. いない
(2) 糖尿病	1. いる	2. いない
(3) 高脂血症	1. いる	2. いない
(4) 狭心症・心筋梗塞	1. いる	2. いない
(5) 脳血管障害・脳卒中 (脳出血・脳梗塞)	1. いる	2. いない
(6) 痴呆	1. いる	2. いない
(7) 緑内障	1. いる	2. いない
(8) 夜盲症（鳥目）	1. いる	2. いない
(9) 前立腺肥大	1. いる	2. いない
(10) パーキンソン病	1. いる	2. いない

5. あなたの運動機能についておたずねします。

問1. 日常生活で当てはまるものに○を付けて下さい。（○はいくつでも）

1. 階段の昇降に手すりを使う
2. 歩行時に杖を使う
3. 寝室が二階にある
4. 屋内でスリッパを使用する
5. 廊下の足下が暗い
6. 鎮静剤、睡眠薬を内服している
7. めまいがよくある
8. 特にない

問2. あなたはこの一年間に転んだことはありますか。

1. ある 2. ない

問3. 現在、あなたは転ぶことがこわいと感じますか。

1. とてもこわい 2. 少しこわい 3. こわくない

問4. 転ぶことがこわくて、日常の行動が制限されることがありますか。

1. はい 2. 時々 3. いいえ

<以下の質問は問2で「転んだことがある」と答えた方のみ以下の質問にお答えください。一年間に2回以上転んだ方は、もっとも重いけがをした転倒についてお答え下さい。「転んだことがない」と答えた方は6へお進み下さい。>

問4-1. 転んだのはいつ頃でしたか。

.....月の（午前・午後）.....時頃

問4-2. どこで転びましたか。具体的な場所を選んでください。

（家の中）

1. 玄関 2. 居間、部屋 3. トイレ 4. 風呂場
5. 食堂 6. 廊下 7. 階段 8. その他

（家の外）

9. 庭 10. 平らな道 11. 坂道 12. 田畑
13. 屋外の階段 14. 乗物 15. その他

問4-3. 転んだとき、何を履いていましたか。

1. くつ 2. 下駄 3. 草履、サンダル
4. スリッパ 5. 靴下、たび 6. はだし 7. その他

問4-4. 何をしている時に転びましたか。

1. 歩いているとき 2. 走っている時 3. 階段を昇っている時
4. 階段を降りている時 5. 立ち止まっている時 6. 立ち上がった時
7. 座ろうとした時 8. その他

問4-5. 転んだ原因のうち、もっとも大きなものを一つ選んでください。

1. つまづいた 2. すべった 3. めまいがした、気が遠くなった
4. 身体がふらついた 5. 人や物に衝突した 6. 段差があった
7. 足を踏み外した、転落した 8. その他

問4-6. 転んだときにケガはしましたか。

1. 何もなかった 2. 打撲 3. 股関節の骨折 4. 腰の骨折
5. 手・腕の骨折 6. その他

6. あなたの視力についておたずねします。

問1. めがね、コンタクトレンズを使用していますか。

1. はい 2. いいえ

<「はい」と回答された方のみ、問2以降の質問にお答え下さい>

<「いいえ」と回答された方は、問3以降の質問にお答え下さい>

問2. どんな種類のめがねを使用していますか。

1. 遠用 2. 近用（老眼鏡） 3. 遠用と近用の両方 4. コンタクトレンズ

問3. これまで屋外で仕事（一日6時間以上を目安に）をすることが多かったでしょうか。

1. 屋外での仕事はしていない 2. 週に1～2日程度
3. 週に3～4日程度 4. 週に5日以上

問4. 日常生活で見づらいつ感じていますか。（めがねの方はめがねをかけた状態で）

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問5. 目が疲れたと感じることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問6. 目が乾くと感じることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問7-1. 毎日の生活の中でコンピュータやワープロの画面をみることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. ほぼ毎日ある（1日4時間以下） 4. 1日4時間以上ある

問7-2. コンピューターやワープロの画面をみていて、頭が痛くなったり手がしびれるということがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問8. 一日にテレビやビデオを、平均何時間くらい見ますか。

1. 1時間未満 2. 1～4時間 3. 4～8時間 4. 8時間以上

問9. 視力がよくないために生活の範囲が狭くなっていると思いますか。

1. 思う 2. たまに思う 3. 思わない 4. わからない

問10. 視力がよくないために自信を失っていると思いますか。

1. 思う 2. たまに思う 3. 思わない 4. わからない

問11-1. 右眼の手術を受けたことがありますか。(〇はいくつでも)

1. なし 2. 白内障手術 3. 緑内障手術 4. 網膜剥離手術
5. レーザー手術 6. その他 () 7. わからない

問11-2. 左眼の手術を受けたことがありますか。(〇はいくつでも)

1. なし 2. 白内障手術 3. 緑内障手術 4. 網膜剥離手術
5. レーザー手術 6. その他 () 7. わからない

問12-1. 時にものが見えなくなることがありますか。(一時的な視力喪失)

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問12-2. ものが二重に見えることがありますか。(複視)

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問12-3. ものがゆがんで見えることがありますか。

1. なし 2. 時々ある 3. いつもある 4. わからない

問12-4. まぶしく感じることがありますか。

1. なし 2. 屋外にいる時のみまぶしい 3. いつもまぶしい 4. わからない

問12-5. 暗いところで見えにくいですか。

1. 問題ない 2. 少し見えにくい 3. かなり見えにくい 4. わからない

問12-6. 緑内障といわれたことがありますか。

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

問12-7. 白内障といわれたことがありますか。

1. なし 2. 左眼 3. 右眼 4. 両眼 5. わからない

