

3.8	<p>(対象者は)入院したことがありますか。(現疾患の疑い例での入院は含みません。また、これまでに記入した手術での入院も含みません) (1=はい、2=ない、回答者の知る限りにおいては)</p>	□
	<p>(「はい」の場合、入院年、病院名、入院理由について記入してください。)</p>	
	<p>(「はい」の場合) これらの入院の合計回数を記入してください。(88=該当しない)</p>	□□
3.9	<p>(対象者は)外来対象者として、定期的に通院したことはありますか。(現疾患の疑い例での通院は含まない) (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りにおいて)</p>	□
	<p>(「はい」の場合) 理由: 1=胃腸障害、2=インスリン依存性糖尿病、3=その他、8=該当しない</p>	□
3.10	<p>(対象者は)GPに定期的に通ったことがありますか。(現疾患の疑い例での通院は含まない) (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りにおいて)</p>	□
	<p>(「はい」の場合) 理由: 1=胃腸障害、2=インスリン依存性糖尿病、3=その他、8=該当しない</p>	□

<p>3.11 (対象者は)精神科の治療を受けたことがありますか。(現疾患の疑い例での通院は含まない) (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りにおいて)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>(「はい」の場合、年、精神科医の名前、理由、治療を下記に記入してください。)</p>	

<p>3.12 1980年以降、(対象者が)定期的(例えば、1か月未満程度)に服用している薬剤はありますか。(本疾患の疑い例の場合、現疾患に関連する薬剤は除く) (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りにおいて)</p> <p>(「はい」の場合、日付、薬剤名、服用理由、処方ルートを記入してください)</p> <p>処方薬のプロンプト:</p> <p>経口避妊薬、ホルモン補充療法を含むホルモン療法、またはサプリメントのプロンプト:</p> <p>ホメオパシー薬剤、ハーブ療法のプロンプト:</p> <p>目薬のプロンプト:</p> <p>3.12に関する回答のサマリー。対象者は1990年に、ウシ抽出物からできた薬剤に対する曝露がありましたか。(1=はい、2=いいえ、3=不明)</p>	<p>□</p> <p>□</p>
--	-------------------

<p>3.13 (対象者は)穿刺を伴うアレルギーテストを受けたことがありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3.14 (対象者は)一連の注射治療を受けたことがありますか。(疑い例と病院対照群での、現疾患に関連するものは除く)(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは) (「はい」の場合、年、治療法、回数、理由を下記の空欄に記入してください)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3.15 1980年以降(対象者は)ワクチン接種を受けたことがありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは) (「はい」の場合、年、ワクチン名、接種経路を記入してください)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3.16 (対象者は)腰椎穿刺、または穿刺を伴う電気テストを受けたことがありますか。(疑い例と病院の対照群での、現疾患に関連するものは除く)(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3.17 (対象者は)鍼治療を行なったことがありますか。(疑い例と病院の対照群での、現疾患に関連するものは除く)(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3.18 (対象者は)娯楽のためドラッグを使ったことがありますか。例、大麻、エクスタシー、ヘロイン、クラックなど。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは) (「はい」の場合、ドラッグ名、入手ルート、期間を記入してください)</p>	<input type="checkbox"/>
<p><input type="checkbox"/> 静脈注射 1=はい、2=いいえ</p>	

Appendix 4

その他の皮膚穿刺を伴う処置	
3.19 (対象者は)刺青を入れたことがありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)	<input type="checkbox"/>
3.20 (対象者は)耳ピアス、ボディピアスをしていますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)	<input type="checkbox"/>

4. 家族歴

家系 (出生年、死亡年も記入してください)

対象者の祖父母

対象者の両親と両親の兄弟姉妹

対象者自身と対象者の兄弟姉妹

対象者の子どもたち

4.1 家系図から、対象者は1回以上結婚していただきましたか。(1=はい、2=いいえ)	□
4.2 前ページに記した家系図の中で、対象者と血縁関係のある親戚のうち、痴呆で死亡した人はいますか。(または、生存中の痴呆) (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは、3=回答者は知らない)	□
4.3 これらの家族のうち、クロイツフェルト・ヤコブ病と診断された人はいますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは、3=回答者は知らない) (「はい」の場合) その人の氏名と病気のおおよその年月日を記入してください。	□
4.4 Surveillance Unit データベース によるCJD家系の確認 (1=確実例、2=ほぼ確実例、3=疑い例、4=確認できない、5=非症例、8=該当しない)	□
4.5 (対象者は) 家族、友人を通じて、または仕事上で、CJDを発症している人物と社会的接触がありましたか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは、3=回答者は知らない) (「はい」の場合) その人の氏名、病気のおおよその年月日を記入してください	□
4.6 Surveillance Unit データベース によるCJD症例との接触の確認 (1=確実例、2=ほぼ確実例、3=疑い例、4=確認できない、5=非症例、8=該当しない)	□

5.	食事歴	
5.1	<p>(対象者は)1年かそれ以上の期間、ベジタリアンだったことはありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>(「はい」の場合)(対象者が)ベジタリアンだった期間を記入してください。その期間、まったく肉や魚は食べなかったのですか。</p>	□
5.2	<p>ベジタリアン以外で(対象者は)食事の制限や特別変わった傾向はありましたか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>(「はい」の場合) おおよその期間、制限の内容を記入してください。</p>	□
5.3	<p>(対象者は)何年間学校給食を食べましたか。(年数を記入してください。わからないときは、「99」と記入してください)</p>	□□
5.4	<p>1980年以降(対象者は)動物用の食餌、またはペットフードを食べたことがありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>(「はい」の場合) 食べたフードの種類、年月日を記入してください</p> <p>(「はい」の場合) (1=缶詰、2=ドライ、3=缶詰とドライ、8=該当しない</p>	□
5.5	<p>(対象者の)ステーキのやけ具合の好みはどうか。(1=ウェルダン、2=ミディアム、3=ミディアムレア、4=レア、8=ステーキは食べない)</p>	□
5.6	<p>家庭や学校で(対象者は)どれくらいの頻度で生の肉や骨の切断や切り分けを行ないますか。(フラッシュカードの中から、最も近いものを回答者を選んでもらう)</p>	□

5.7 (下記に示す食品項目について)1980年以降(対象者は)(下記の食品)を平均してどれくらい食べましたか。(あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近い回答を選んでもらう)	1980年以降
脳(「はい」の場合、具体的に)	<input type="checkbox"/>
眼(「はい」の場合、具体的に)	<input type="checkbox"/>
ウシの胃袋	<input type="checkbox"/>
レバー(わかっていれば種類を具体的に)	<input type="checkbox"/>
腎臓(わかっていれば種類を具体的に)	<input type="checkbox"/>
臍臓	<input type="checkbox"/>
ローストラム、ラムチョップ、ラムシチュー、その他のラム料理	<input type="checkbox"/>
ローストポーク、ハム、ベーコン、その他のポーク料理	<input type="checkbox"/>
ローストビーフ、ステーキ、ビーフシチュー、牛ひき肉、その他のビーフ料理	<input type="checkbox"/>
仔牛肉	<input type="checkbox"/>
鹿肉	<input type="checkbox"/>
鶏肉	<input type="checkbox"/>
自家製以外のバーガー	<input type="checkbox"/>
自家製以外のポーク、仔牛&ハム、ステーキ&腎臓、チキン&マッシュルームといった種類のミートパイ、および自家製以外の肉料理	<input type="checkbox"/>
フォゴット薬草の束	<input type="checkbox"/>
ミートソーセージ	<input type="checkbox"/>
ブラックプリン	<input type="checkbox"/>
ハギス	<input type="checkbox"/>
レバーソーセージまたはパテ	<input type="checkbox"/>
タルタルステーキ(生の牛ひき肉生卵付き)/カルパッチョ	<input type="checkbox"/>
チーズ	<input type="checkbox"/>
牛乳(1=単独で飲む/朝食用シリアルに牛乳をかけて、2=紅茶やコーヒーに入れるだけ、3=摂らない)	<input type="checkbox"/>

1983年以降に生まれた患者に対する追加の質問

5.8	(対象者は)小児用につくられた肉入りの市販のベビーフードを食べたことがありますか。(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	「はい」の場合	
5.8.1	(対象者は)生後何か月の時に市販の肉入りベビーフードを開始しましたか。(月で答えてください。88=該当しない)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.8.2	(対象者は)生後何か月の時に市販の肉入りベビーフードを止めましたか。(月で答えてください。88=該当しない)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.8.3	(対象者は)どのブランドの市販の肉入りベビーフードを食べましたか。	
	Heinz? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Olvarit? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cow and Gate? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Milupa? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Farleys? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	HiPP Organic? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Baby Organix? (1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Own ブランド(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)。「はい」の場合、そのブランド名を記入してください。頻度は? (あらかじめ用意したフラッシュカードの中からもっとも近いものを選んでもらう)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6.	動物への曝露	
6.1	1980年以降(対象者は)家の中で次の動物を飼いましたか。	
	猫? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)	<input type="checkbox"/>
	犬? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)	<input type="checkbox"/>
	フェレット? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)	<input type="checkbox"/>
6.2	1980年以降(対象者は)1週間以上を農場で働いたり、滞在したことはありますか。(1=居住した、または働いた、2=短期滞在した、3=いいえ、ただし回答者の知る限りで)	<input type="checkbox"/>
	(居住した、または働いた、滞在した場合) (対象者は)次の動物との接触がありましたか。	
	畜牛?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	羊?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	ヤギ?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	豚?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	ニワトリ?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	ミンク?(1=はい、2=いいえ、3=回答者にはわからない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	(居住した、または働いた、滞在した場合) (対象者は)次の作業を行ないましたか。	
	ウシバエ幼虫によるウシの治療 (1=はい、2=いいえ、3=回答者は知らない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	羊を薬液に付けて洗う (1=はい、2=いいえ、3=回答者は知らない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	農作物への消毒噴霧 (1=はい、2=いいえ、3=回答者は知らない、8=該当しない)	<input type="checkbox"/>
	(対象者が、上記のどれかに従事した場合)年月日、場所、仕事内容の詳細、使った薬剤名を記入してください。	

<p>6.4 1980年以降、(対象者は)次のものを使用しましたか。</p> <p>骨粉? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>蹄と角? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>乾燥血? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>堆肥? (1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p> <p>(上記のどれかひとつでも回答が「はい」の場合)使用製品と使用年月日を記入してください</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>6.5 (対象者は)例えば学校の授業などで、動物の目を摘出したことがありますか。(1=はい、2=いいえ、ただし、回答者の知る限りでは)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Appendix 4

7. 居住歴（最も新しいものから記入して、以下さかのぼってください）

	から (dd/mm/yyyy)	まで (dd/mm/yyyy)	通り名	町名	国名	郵便番号	OSグリッド・レファレンス
1	/ /	/ /					
2	/ /	/ /					
3	/ /	/ /					
4	/ /	/ /					
5	/ /	/ /					
6	/ /	/ /					
7	/ /	/ /					
8	/ /	/ /					
9	/ /	/ /					
10	/ /	/ /					

Appendix 4

7. 居住歴 (続き)

	から (dd/mm/yyyy)	まで (dd/mm/yyyy)	通り名	町名	国名	郵便番号	OSグリッド・レファレンス
11	/ /	/ /					
12	/ /	/ /					
13	/ /	/ /					
14	/ /	/ /					
15	/ /	/ /					
16	/ /	/ /					
17	/ /	/ /					
18	/ /	/ /					
19	/ /	/ /					
20	/ /	/ /					

Appendix 4

8.1 患者の職業歴（最も新しいものを最初に記入し、以下さかのぼってください）

	から (dd/mm/yyyy)	まで (dd/mm/yyyy)	雇用主	町の名前	従事した仕事の詳細
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

8.2 対象者の職業データのコーディングまとめ	あり=1 最後の仕事か ない=2 ら発症までの 年数 (88=該 当しない)	
対象者は農場、肉工場、製薬業界、病院で働いたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対象者は次の分野で働いたことがありますか。		
医療/コメディカル/看護/歯科治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験動物施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
製薬研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動物飼育/獣医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉業界 (肉屋、食肉処理場、動物性脂肪精製工場、他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外食産業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他動物製品関連の職業 (例:皮革)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 (対象者の)現在の/最近の配偶者が次のところで働いたことはありますか。		
医療/コメディカル/看護/歯科治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験動物施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
製薬研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動物飼育/獣医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉業界 (肉屋、食肉処理場、動物性脂肪精製工場、他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外食産業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他動物製品関連の職業 (例:皮革)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	父 (1=はい、2=い いえ、3=不明)	母 (1=はい、2= いいえ、3=不 明)
8.4 (対象者の)両親の職業は、以下のうちのどれかでしたか。		
医療/コメディカル/看護/歯科治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験動物施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
製薬研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の研究施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動物飼育/獣医学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉業界 (肉屋、食肉処理場、動物性脂肪精製工場、他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外食産業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他動物製品関連の職業 (例:皮革)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 4

9 対象者の学歴 (50歳未満の患者における全日制の教育;最も新しい大学/カレッジ/義務教育から先に書き、さかのぼってください。)						
から (dd/mm/yyyy)	まで (dd/mm/yyyy)	学校名	都市名	国名	郵便番号	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

食物摂取頻度のコーディング

回答	コード
決して食べない	1
年に1回以下	2
だいたい年に1回	3
年に数回	4
だいたい月に1回	5
だいたい週に1回	6
週に数回	7
日に数回	8