

[5] あなたは、現在、食事制限をしていますか。

1. していない

2. している

制限している食物は何ですか。全て選んでください。

- | | | | |
|------------|-------------|------------------|-------|
| 1. 卵 | 2. 牛乳および乳製品 | 3. 鶏肉 | 4. 牛肉 |
| 5. 豚肉 | 6. 魚 | 7. 大豆製品(豆腐、納豆など) | |
| 8. 小麦 | 9. 米 | 10. ピーナッツ | |
| 11. その他() | | | |

[6] あなたの余暇の運動・スポーツ(散歩、庭仕事なども含む)についておたずねします。

この1年間を平均して行った、運動・スポーツを下の表に記入してください。

運動の種類(注意1)	回数	1回あたりの時間	期間(注意2)
	月に 回	分	ヶ月
	月に 回	分	ヶ月
	月に 回	分	ヶ月
	月に 回	分	ヶ月

注意1：各行に1種類の運動のみご記入ください。

注意2：特定の期間(季節)のみ運動する場合は、その月数をご記入ください。

年間を通して運動した場合は「12ヶ月」とご記入ください。

[7] あなたは、最近12ヶ月のあいだに、カゼをひきましたか。

1. いいえ

2. はい

- 何回カゼをひきましたか。
最近12ヶ月のあいだに()回くらいカゼをひいた
- だいたい、どれくらいの期間でなおりましたか。
1. 1~3日でなおった
2. 4~7日でなおった
3. 8日以上かかった
- 何回くらい発熱しましたか。
最近12ヶ月のあいだに()回くらい発熱した

[8] お薬についておたずねします。

● 痛み止め・・・ 1. 使わない
(頭痛薬を含む) 2. 使う

1ヶ月に平均して()日くらい服用している

● 睡眠薬・・・ 1. 使わない
2. 使う

1ヶ月に平均して()日くらい服用している

● 便秘薬・・・ 1. 使わない
2. 使う

1ヶ月に平均して()日くらい服用している

● 経口避妊薬・・・ 1. 使わない
(ピル) 2. 使う

()ヶ月前から服用している

[9] あなたは、だいたい1週間に何回排便をしますか。

だいたい1週間に()回
排便をする

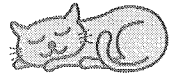
- 1週間のうち、昼ご飯を食べるまでに排便するのは何回ですか。
だいたい()回
- 1週間のうち、便意があつてすぐに排便できるのは何回ですか。
だいたい()回

[10] 最近1ヶ月のあいだの、あなたの睡眠時間についてご記入ください。

注意：午前や午後の時間ではなく24時間でご記入ください。

例) 午後11時半は(23:30)です。

- 平日 だいたい(:)に起きて(:)に寝る
- 休日 だいたい(:)に起きて(:)に寝る



[11] あなたは、夜、なかなか眠りにつけない(30分以上かかる)ことがありますか。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経(生理)の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の()日前から始めて、だいたい()日くらい続く。

[12] あなたは、眠りについてから朝起きるまでに、目が覚めてしまい、そのあと寝つきにくいことがありますか。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経(生理)の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の()日前から始めて、だいたい()日くらい続く。
- 何時ごろに目が覚めますか。
 1. 1回、()時頃に目が覚める
 2. 2回、()時頃と()時頃に目が覚める
 3. 3回以上目が覚める
 4. 一定していない

[13] あなたは、朝、眠くて起きるのが困難なことがありますか。例えば、目覚まし時計のアラームを何度も止めてはウトウトしたり、寝床から出るのに時間がかかる、というようなことです。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経(生理)の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の()日前から始めて、だいたい()日くらい続く。

[14] あなたは、日中に眠くてたまらなくなることがありますか。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経(生理)の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の()日前から始めて、だいたい()日くらい続く。

[15] あなたは、どんなに長く睡眠を取ったにもかかわらず、日中にすっきりしなかったり、疲れていたりすることがありますか。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経（生理）の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の（ ）日前から始めて、だいたい（ ）日くらい続く。

[16] あなたは、テレビを見たり、本を読んだりしながら、一瞬ウトウトしてしまうことがありますか。

1. 全くない
2. ときどきある
3. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経（生理）の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の（ ）日前から始めて、だいたい（ ）日くらい続く。

[17] あなたは、車を運転しながら、一瞬ウトウトしてしまうことがありますか。

1. 運転をしないのでわからない
2. 全くない
3. ときどきある
4. よくある →

- この症状は、1ヶ月以上前から続いていますか。
 1. いいえ
 2. はい
- この症状は、月経（生理）の周期と関連がありますか。
 1. いいえ
 2. はい → だいたい生理の（ ）日前から始めて、だいたい（ ）日くらい続く。

[18] あなたは、今までに歯科医を受診したことがありますか。

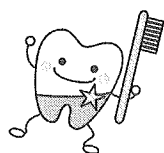
1. いいえ
2. はい →

- 最後に歯科医を受診したのはいつ頃ですか。
昭和（ ）年（ ）月頃
平成（ ）年（ ）月頃
- 受診した理由は何ですか。全て選んでください。
 1. 治療のため
 2. 定期健診のため
 3. その他（具体的に： _____）

[19] あなたは、今までに永久歯（親知らずを除く）を抜いたことがありますか。

1. いいえ
2. はい →

- 現在、親知らずを除いて上下あわせて何本歯がありますか。
（ ）本
※親知らずを除いて永久歯は全部で28本です。
- 抜いた理由は何ですか。全て選び本数をご記入ください。
 1. むし歯 →（ ）本
 2. 歯周病（歯槽膿漏） →（ ）本
 3. その他（具体的に _____） →（ ）本



[20] あなたは、該当のお子さんの妊娠中から現在までに、永久歯（親知らずを除く）を抜きましたか。

1. いいえ

2. はい

● 抜いた理由は何ですか。全て選び本数をご記入ください。

1. むし歯 → () 本

2. 歯周病（歯槽膿漏） → () 本

3. その他（具体的に ） → () 本

[21] あなたは、今までに、あごの関節が痛くなったことがありますか。

（あごの関節は左右の耳の前の方にあります：右図を参照してください）このあたりです

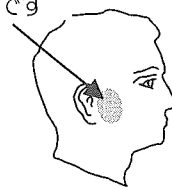
1. いいえ

2. はい

● その症状は最近12ヶ月のあいだに、おこりましたか。

1. いいえ

2. はい



[22] あなたは、今までに、あごの関節で音（ガクガク、ギシギシなど）がしたことがありますか。

1. いいえ

2. はい

● その症状は最近12ヶ月のあいだに、おこりましたか。

1. いいえ

2. はい

[23] あなたは、今までに、口が開けにくくなったことがありますか。

1. いいえ

2. はい

● その症状は最近12ヶ月のあいだに、おこりましたか。

1. いいえ

2. はい

[24] あなたは、毎日、歯をみがきますか。

1. いいえ

2. はい

● 1日に何回、歯をみがきますか。

だいたい1日に () 回くらい

[25] あなたは、歯みがきをするときに歯みがき粉を使いますか。

1. いいえ

2. はい

● 現在使用している歯みがき粉は、フッ素入りですか。

1. フッ素入り

2. フッ素入りでない

3. わからない（商品名をご記入下さい：）

[26] あなたは、歯と歯の間の清掃にフロス（糸ようじ）や歯間ブラシを使うことがありますか。

1. いいえ

2. はい

● 1週間に何日くらい使いますか。

だいたい1週間のうち () 日くらい使う

※毎日使う場合は（ 7 ）とお答えください。

[27] あなたは、今までいずれかの時期に、胸がゼイゼイまたはヒューヒューしたことがありますか。

1. いいえ → 質問 [32] にお進みください

2. はい

[28] あなたは、最近12ヶ月のあいだに、胸がゼイゼイまたはヒューヒューしたことがありますか。

1. いいえ → 質問 [32] にお進みください

2. はい

[29] あなたは、最近12ヶ月のあいだに、何回ゼイゼイする発作がありましたか。

1. 全くない 2. 1~3回 3. 4~12回 4. 13回以上

[30] 最近12ヶ月のあいだに、ゼイゼイしたために、平均してどのくらいの頻度であなたの睡眠は妨げられましたか。

1. ゼイゼイしたために目を覚ましたことはない
2. 1週間に1晩より少ない
3. 1週間に1晩かそれ以上

[31] 最近12ヶ月のあいだに、あなたは、呼吸の合間にひと言かふた言しか話せないほどひどくゼイゼイすることがありましたか。

1. いいえ
2. はい



[32] あなたは、今までに喘息ぜんそくになったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[33] 最近12ヶ月のあいだに、あなたは、運動中や運動後に胸がゼイゼイしたことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[34] 最近12ヶ月のあいだに、あなたは、カゼや胸の感染症による咳以外せきに、夜間から咳せきが出たことがありますか。

1. いいえ
2. はい

以下の [35] から [40] の質問は、あなたがカゼやインフルエンザにかかっていない時に起こる症状についておたずねします。

[35] あなたは、今までカゼやインフルエンザにかかっていない時に、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

1. いいえ → 質問 [40] にお進みください
2. はい

[36] 最近12ヶ月のあいだで、あなたは、カゼやインフルエンザにかかっていない時に、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

1. いいえ → 質問 [40] にお進みください
2. はい

[37] 最近12ヶ月のあいだに、この鼻の症状は、眼がかゆくて涙の出る症状といっしょに起こりましたか。

1. いいえ
2. はい

[38] 最近12ヶ月のあいだで、いつ、この鼻の症状が起こりましたか。

(当てはまるもの全て選んでください。)

- 1月 2月 3月 4月 5月 6月
7月 8月 9月 10月 11月 12月

[39] 最近12ヶ月のあいだで、この鼻の症状は、どの程度あなたの日常生活のじゃまとなりましたか。

1. 全くなし 2. 少し 3. 中程度 4. 大いに

[40] あなたは、今までに花粉症になったことがありますか。

1. いいえ 2. はい

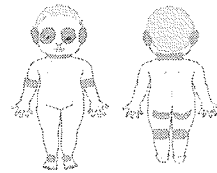


[41] あなたは、今までに6ヶ月以上、出たり消えたりするかゆみを伴った皮疹ひしんがありましたか。

1. いいえ → 質問 [46] にお進みください
2. はい

- [42] このかゆみを伴った^{ひしん}皮膚疹は、最近12ヶ月のあいだのいずれかの時期にありましたか。
 1. いいえ → 質問 [46] にお進みください
 2. はい

- [43] このかゆみを伴った^{ひしん}皮膚疹は、下記のいずれかの箇所^{かしょ}にみられましたか。
 肘(ひじ)の内側 膝(ひざ)の裏側 足首の前面
 おしりの下 首や耳や眼のまわり (右図を参照してください)



1. いいえ 2. はい
- [44] この^{ひしん}皮膚疹は、最近12ヶ月のあいだのいずれかの時期に、完全に治ったことがありますか。
 1. いいえ 2. はい
- [45] 最近12ヶ月のあいだに、平均してどのくらいの頻度で、あなたは、このかゆみを伴った^{ひしん}皮膚疹のために、夜間起きていることがありましたか。
 1. 最近12ヶ月間は全くない
 2. 1週間に1晩より少ない
 3. 1週間に1晩かそれ以上

- [46] あなたは、今までに^{しっしん}湿疹ができたことがありますか。
 1. いいえ 2. はい

- [47] この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。各々のことがらについて
- もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]
 - 週のうち1~2日なら [B]
 - 週のうち3~4日なら [C]
 - 週のうち5日以上なら [D]

のところを○でかこんで下さい。

	この一週間のうちで			
	ない	1-2日	3-4日	5日以上
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3. 家族や友達からはげましをもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D
6. ゆうつだ。	A	B	C	D
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D
9. 過去のことにについてくよくよ考える。	A	B	C	D
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D
12. 生活について不満なく過ごせる。	A	B	C	D
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D
20. 仕事が手につかない。	A	B	C	D

[48] 現在のご家族についておたずねします。

- 現在何人家族ですか。 () 人
- 調査対象のお子さんの後に、弟や妹が生まれましたか。 1. いいえ 2. はい
- 現在核家族（親子のみの世帯）ですか。 1. いいえ 2. はい
- 夫と同居していますか。

- 1. いいえ
- 2. はい
- 3. 現在シングルである

- 夫は家事や育児に協力的ですか。
- 1. どちらかといえば協力的
- 2. どちらかといえば非協力的

- 義母と同居していますか。

- 1. いいえ
- 2. はい
- 3. 義母は既に他界

- 義母との人間関係はいかがですか。
- 1. どちらかといえば良い
- 2. どちらかといえば悪い

- 義父と同居していますか。

- 1. いいえ
- 2. はい
- 3. 義父は既に他界

- 義父との人間関係はいかがですか。
- 1. どちらかといえば良い
- 2. どちらかといえば悪い

[49] 最近12ヶ月のあいだに、以下のことがありましたか。全て選んで下さい。

- 1. 離婚
- 2. 病気・事故
- 3. 身内の病気・事故
- 4. 身内の死去
- 5. 他人との重大なトラブル
- 6. 解雇
- 7. 夫の解雇
- 8. 転職
- 9. 引越
- 10. 重大な金銭的危機
- 11. 警察・裁判沙汰
- 12. 盗難・窃盗
- 13. その他 ()

[50] 子育てで不安なことはありますか。

- 1. ほとんどない
- 2. あまりない
- 3. 多少不安である
- 4. とても不安である

[51] これまで医師にうつ病と診断されたことがありますか。

- 1. いいえ
- 2. はい

- 何歳のときに初めていわれましたか () 歳
- 薬物治療を受けたことがありますか。
- 1. いいえ
- 2. はい () 歳から () 歳まで

[52] 実のご両親や兄弟（姉妹）で医師にうつ病と診断された方がいますか。

- 1. いいえ
- 2. はい

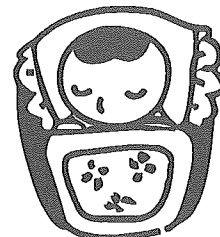
【お子さんのことについておたずねします】

[53] 3歳6ヶ月現在のお子さんについてお答えください。(母子健康手帳をご参考にお答えください)

- 体重は()キログラム
- 身長は()センチメートル

[54] 夜間、どこでお子さんを寝かせていますか。ひとつ選んでください。

1. ベビーベッド(1人)
2. ふとん(1人)
3. 親と一緒にベッド
4. 親と一緒にふとん
5. その他()



[55] お子さんの睡眠時間についてご記入ください。

注意：午前や午後の時間ではなく24時間でご記入ください。

例)午後9時半は(21:30)です。

- 夜の睡眠時間 だいたい():()に起きて():()に寝る
- だいたい毎日昼寝をしますか。
 1. いいえ
 2. はい → ()時間くらい寝る

[56] お子さんは、あなた以外に、定期的にタバコを吸う人と同居していますか。

1. 同居していない
2. 同居している →

- タバコを吸う人は誰ですか。全て選んでください。
 1. 夫
 2. 父
 3. 母
 4. 義父
 5. 義母
 6. その他()
- その人(複数の場合合計)は自宅の屋内(換気扇の下含む)で平均して1日に()本のタバコを吸っている
- その人(複数の場合合計)はお子さんといっしょにいる時に平均して1日に()本のタバコを吸っている

[57] お子さんがおもにいる部屋の床はどれですか。一番上にあるもので答えてください。

1. たたみ
2. カーペット
3. 木材(フローリングタイプ)
4. クッションフロア
5. ホットカーペット(毛足のあるもの)
6. ホットカーペット(フローリングタイプ)
7. その他()

[58] お子さんがおもにいる部屋を、掃除機を使って1週間あたりに何回掃除をしますか。

1. 0~2回
2. 3~5回
3. 6回以上

[59] お子さんがおもにいる部屋に、洗濯しない(できない)ぬいぐるみ(大小かかわらず)をおいていますか。

1. ない
2. ある →

- | | | |
|----------|----------|---------|
| 1. 1コ~2コ | 2. 3コ~4コ | 3. 5コ以上 |
|----------|----------|---------|

[60] お子さんがおもにいる部屋にソファがありますか。

1. ない
2. ある →

- | | | | |
|-------|-------|-------|-----------|
| 1. 布製 | 2. 本革 | 3. 合皮 | 4. その他() |
|-------|-------|-------|-----------|

[61] お子さんがおもにいる部屋のカーテンを洗濯しますか。(クリーニングを含む)

1. しない
2. する →
3. カーテンはない

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 1. 数年に1回 | 2. 1年に1回 | 3. 1年に2回以上 |
|----------|----------|------------|

[62] よく晴れた日、お子さんがおもにいる部屋の窓を24時間のうち何時間くらい開けますか。

() 時間 ※注意：開けない場合は0（ゼロ）を記入してください

[63] お子さんがおもにいる部屋でエアコン（冷暖房）を使用しますか。

- 1. 使用しない
- 2. 使用する

→ エアコン使用时、どの程度、かび臭いですか。

- 1. 臭くない
- 2. やや臭い
- 3. とても臭い

[64] 自宅で1日に平均何時間ぐらいテレビ（ビデオやDVDを含む）をつけていますか。

平均()時間ぐらい

[65] お子さんは1日に平均何時間ぐらいテレビ（ビデオやDVDを含む）を見ていますか。

平均()時間ぐらい

[66] お子さんを託児所または保育園に預けていますか。

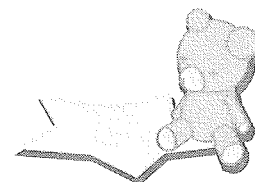
- 1. 全く預けたことはない
- 2. 一時的に預けている（月に1回未満）
- 3. 一時的に預けている（月に1回以上）
- 4. 定期的に預けている
- 5. 以前預けていたが、今は預けていない

- 月に約()日預けている
- ()歳()ヶ月から()歳()ヶ月まで月に約()日預けた

[67] お子さんは1日に、入浴またはシャワー浴をだいたい何回しますか。

- 1. 1日3回以上
- 2. 1日2回程度
- 3. 1日1回程度
- 4. 毎日入らない

→ 週に約()日



[68] お子さんの体を、石けんやボディソープで洗っていますか。

- 1. 石けんやボディソープで洗わない（お湯で洗うだけ）
- 2. 顔以外は石けんやボディソープで洗う
- 3. 顔を含めて全身を石けんやボディソープで洗う

- 石けんまたはボディソープの種類は何ですか。
 - 1. 無添加石けん
 - 2. 香料など添加物入り石けん
 - 3. その他（ボディソープや弱酸性ソープなど）
- よく使う商品名とメーカー名は何ですか

（商品名： ）

（メーカー名： ）

[69] お子さんは、よく噛んで食べる習慣がありますか。

- 1. よく噛んで食べる
- 2. あまり噛んでいない
- 3. 噛まずに飲み込む

[70] お子さんは、食事中、汁物（みそ汁など）以外の飲み物（水、お茶、ジュースなど）を何杯ぐらい飲みますか。

だいたいコップ()杯ぐらい

※注意：飲まない場合は0（ゼロ）とお答えください。

[71] お子さんは、週に何回ぐらい、以下の野菜を食べていますか。

● 生の野菜	だいたい週に()回ぐらい
● 固めにゆでた野菜	だいたい週に()回ぐらい
● やわらかく煮た野菜	だいたい週に()回ぐらい
● 炒めた野菜	だいたい週に()回ぐらい

※注意：与えない場合は0（ゼロ）とお答えください。

[72] 最近1ヶ月間、お子さんは、お菓子を除く市販のベビーフード（固形・液状とも）を食べましたか。

1. 食べていない

2. 食べた

食べた頻度で最も適切なものをひとつ選んでください。

- | | | |
|-----------|---------|-----------|
| 1. 毎日2回以上 | 2. 毎日1回 | 3. 週に4~6回 |
| 4. 週に2~3回 | 5. 週に1回 | 6. 月に2~3回 |
| 7. 月に1回 | | |

[73] お子さんは、食後2時間以内に、じんましんや嘔吐などの、急性アレルギー症状（アナフィラキシー症状）を起こしたことがありますか。

1. ない

2. ある

- いつですか。 () 歳 () ヶ月のとき
- どんな症状でしたか。（複数回答可）
1. じんましん 2. 嘔吐 3. その他 ()
- どんな食べ物で起こりましたか。（複数回答可）
1. 卵 2. 牛乳および乳製品 3. 鶏肉 4. 牛肉
5. 豚肉 6. 魚 7. 大豆製品（豆腐、納豆など）
8. 小麦 9. 米 10. ピーナッツ
11. その他 ()

[74] 現在、お子さんは、食事制限をしていますか。

1. していない

2. している

制限している食物は何ですか。全て選んでください。

- | | | | |
|-------------|-------------|------------------|-------|
| 1. 卵 | 2. 牛乳および乳製品 | 3. 鶏肉 | 4. 牛肉 |
| 5. 豚肉 | 6. 魚 | 7. 大豆製品（豆腐、納豆など） | |
| 8. 小麦 | 9. 米 | 10. ピーナッツ | |
| 11. その他 () | | | |

[75] お子さんは、むし歯になったことがありますか。または、歯科医師からむし歯があると言われたことがありますか。（保健センターでの健診も含む）

1. ない

2. ある

() 本

[76] お子さんは、歯科医を受診したことがありますか。

1. いいえ

2. はい

- 最後に歯科医を受診したのはいつですか。
平成 () 年 () 月頃
- 受診理由は何ですか。全て選んでください。
1. むし歯の治療 2. 定期健診
3. その他（具体的に)

[77] 歯ブラシを使って、毎日お子さんの歯をみがいていますか。

1. いいえ

2. はい

→ だいたい1日に () 回くらいみがく

[78] お子さんは、歯科医院や保健センター、保健所等で、むし歯予防のためにフッ素塗布を受けたことがありますか。

1. いいえ

2. はい

- 今までに何回受けましたか。
() 回
- 定期的に受けていますか。
1. いいえ
2. はい → だいたい () ヶ月ごと

[79] お子さんは、今までいずれかの時期に、胸がゼイゼイまたはヒューヒューしたことがありますか。

1. いいえ

2. はい

→ 質問 [84] にお進みください

[80] お子さんは、最近12ヶ月のあいだに、胸がゼイゼイまたはヒューヒューしたことがありますか。

1. いいえ → 質問 [84] にお進みください
2. はい

[81] お子さんは、最近12ヶ月のあいだに、何回ゼイゼイする発作がありましたか。

1. 全くない
2. 1~3回
3. 4~12回
4. 13回以上



[82] 最近12ヶ月のあいだに、ゼイゼイしたために、平均してどのくらいの頻度でお子さんの睡眠は妨げられましたか。

1. ゼイゼイしたために目を覚ましたことはない
2. 1週間に1晩より少ない
3. 1週間に1晩かそれ以上

[83] 最近12ヶ月のあいだに、お子さんは、呼吸の合間にひと言かふた言しか話せないほど、ひどくゼイゼイすることがありましたか。

1. いいえ
2. はい

[84] お子さんは、今までに喘息ぜんそくになったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[85] 最近12ヶ月のあいだに、お子さんは、運動中や運動後に胸がゼイゼイしたことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[86] 最近12ヶ月のあいだに、お子さんは、カゼや胸の感染症による咳せき以外に、夜間から咳せきが出たことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[87] お子さんは、今までカゼやインフルエンザにかかっているときに、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

1. いいえ → 質問 [92] にお進みください
2. はい

[88] 最近12ヶ月のあいだで、お子さんは、カゼやインフルエンザにかかっているときに、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

1. いいえ → 質問 [92] にお進みください
2. はい

[89] 最近12ヶ月のあいだに、この鼻の症状は、眼がかゆくて涙の出る症状といっしょに起こりましたか。

1. いいえ
2. はい

[90] 最近12ヶ月のあいだで、いつ、この鼻の症状が起こりましたか。

(当てはまるもの全て選んでください)

1月	2月	3月	4月	5月	6月
7月	8月	9月	10月	11月	12月

[91] 最近12ヶ月のあいだで、この鼻の症状は、どの程度お子さんの日常生活のじゃまとなりましたか。

1. 全くなし
2. 少し
3. 中程度
4. 大いに



[92] お子さんは、今までに花粉症になったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[93] お子さんは、今までに6ヶ月以上、出たり消えたりするかゆみを伴った皮膚疹がありましたか。

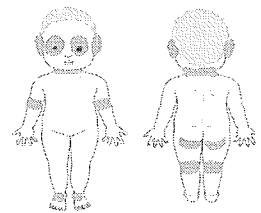
1. いいえ → 質問 [99] にお進みください
2. はい

[94] このかゆみを伴った皮膚疹は、最近12ヶ月のあいだのいずれかの時期にありましたか。

1. いいえ → 質問 [99] にお進みください
2. はい

[95] このかゆみを伴った皮膚疹は、下記のいずれかの箇所にみられましたか。

肘（ひじ）の内側 膝（ひざ）の裏側 足首の前面
おしりの下 首や耳や眼のまわり （右図を参照してください）



1. いいえ
2. はい

[96] このかゆみを伴った皮膚疹は、何歳のときに初めてできましたか。

1. 1歳になる前
2. 1歳から2歳未満
3. 2歳から3歳未満
4. 3歳以降

[97] この皮膚疹は最近12ヶ月のあいだのいずれかの時期に、完全に治ったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[98] 最近12ヶ月のあいだに、平均してどのくらいの頻度で、お子さんは、このかゆみを伴った皮膚疹のために、夜間起きていることがありましたか。

1. 最近12ヶ月間は全くない
2. 1週間に1晩より少ない
3. 1週間に1晩かそれ以上

[99] お子さんは、今までに湿疹ができたことがありますか。

1. いいえ
2. はい

[100] お子さんは、医師にアトピー性皮膚炎と診断されたことがありますか。

1. 診断されていない

2. 疑いがあるといわれた →

3. 疑いがあるといわれた →
後に診断された

4. 診断された →

- 初めて疑いがあるといわれたのはいつですか。
() 歳 () ヶ月のとき
※注意：1歳未満のときは0（ゼロ）歳 () ヶ月とご記入下さい
- 初めて診断されたのはいつですか。
() 歳 () ヶ月のとき
※注意：1歳未満のときは0（ゼロ）歳 () ヶ月とご記入下さい
- どのような治療を受けましたか。（複数回答可）
 1. 治療は受けていない
 2. ステロイド（ぬり薬）以外の治療を
() 歳 () ヶ月から () 歳 () ヶ月
まで受けた
 3. ステロイド治療（ぬり薬）を () 歳 () ヶ月
から () 歳 () ヶ月まで受けた
- 現在治療を受けていますか。
 1. いいえ
 2. はい

[101] お子さんは、今までに医師から気管支喘息と診断されたことがありますか。

1. 診断されていない

2. 疑いがあるといわれた →

3. 疑いがあるといわれた
後に診断された →

4. 診断された →

- 初めて疑いがあるといわれたのはいつですか。
() 歳 () ヶ月のとき
※注意：1歳未満のときは0(ゼロ)歳()ヶ月とご記入下さい
- 初めて診断されたのはいつですか。
() 歳 () ヶ月のとき
※注意：1歳未満のときは0(ゼロ)歳()ヶ月とご記入下さい
- どのような治療を受けましたか (複数回答可)。
 1. 治療を受けていない
 2. 吸入薬の治療を () 歳 () ヶ月から () 歳 () ヶ月まで受けた
 3. 内服薬の治療を () 歳 () ヶ月から () 歳 () ヶ月まで受けた
- 現在治療を受けていますか。
 1. いいえ
 2. はい

[102] お子さんのカゼについておたずねします。

お子さんは、最近12ヶ月のあいだにカゼをひきましたか。

1. いいえ

2. はい →

- 何回カゼをひきましたか。
最近12ヶ月のあいだに () 回くらいカゼをひいた
- だいたい、どれくらいの期間でなりましたか。
 1. 1~3日でなおった
 2. 4~7日でなおった
 3. 8日以上かかった
- 何回くらい発熱しましたか。
最近12ヶ月のあいだに () 回くらい発熱した

[103] お子さんは、最近12ヶ月のあいだに次の病気にかかったことがありますか。全て選んでください。

1. インフルエンザ
2. 肺炎
3. 気管支炎
4. 麻疹(はしか)
5. 風しん(三日はしか)
6. 水痘(みずぼうそう)
7. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
8. 百日咳
9. 溶連菌感染症
10. 下痢症
11. 手足口病
12. 突発性発疹
13. 伝染性紅斑(りんご病)
14. ヘルパンギーナ
15. 咽頭結膜炎(プール熱)
16. その他 ()

[104] お子さんは、最近12ヶ月のあいだにカゼや中耳炎などの治療で、抗生物質(細菌を殺すための飲み薬や注射)を使ったことがありますか。

1. ない

2. ある → 合計で約 () 日間

[105] お子さんは、今までに、次の予防接種を1回でも受けましたか。全て選んでください。

1. 百日咳・ジフテリア・破傷風(3種混合)
2. ポリオ
3. BCG
4. 麻疹(はしか)
5. 風しん(三日はしか)
6. 水痘(みずぼうそう)
7. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
8. 日本脳炎
9. インフルエンザ
10. B型肝炎

[生活環境についておたずねします。]

[106] 冬、あなたの自宅では排気塔のない暖房器具を使用しますか。

例：石油ファンヒーター、ガスファンヒーター、石油ストーブ、ガスストーブ、練炭など

1. 使用する 2. 使用しない

[107] 自宅でペットを飼っていますか。また、どこで飼っていますか。全て選んでください。
(魚類、昆虫は含まない)

1. 飼っていない

2. 小鳥



1. 室内

2. 屋外

3. 猫



1. 室内

2. 屋外

4. 犬



1. 室内

2. 屋外

5. ハムスター



1. 室内

2. 屋外

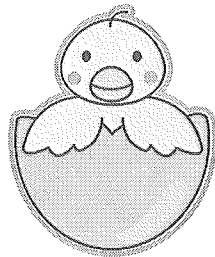
6. その他 ()



1. 室内

2. 屋外

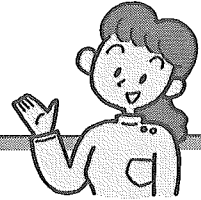
以上です。ありがとうございました。



a b c

幼児のための食事質問票（3歳から5歳程度用）

あなたのお子様の食事をおしえてください
最近1か月間の食べ方をふりかえって考えてください。
すべての質問にお答えいただいたら、簡単な結果
【お子様の食事・栄養の特徴】をお返しいたします。



お答えいただくのに必要な時間は15分程度です。

【保護者のかたへ】お答えいただいた内容は、食べ物と健康との関連を明らかにし、子どもたちが健康な生活を送れるようにするための貴重な資料として活用させていただきます。その場合、結果はたくさんのひとたちの平均値などの数値として公表されます。お子様個人がわかるような形で公表されることは絶対にありません。

【書き方】

太い黒のえんぴつを使ってください。まちがえた時は消しゴムで消して書きなおしてください。

選ぶ質問 ⇒ Oを軽く塗りつぶしてください。

【良い記入の例】

少しはみ出していたり、塗り足りなくてもかまいません。

数字を書く質問 ⇒ 右詰めで、数字を記入してください。

では、スタート!

(ふりがな)							← お子様のなまえの入った結果をお返しいたします。			
おなまえ							このらんの質問(「おもに答えるひと」を除く)は、「お子様の食事・栄養の特徴」を計算するために必要です。ご協力をお願いいたします。			
きょう(この質問票に答える日)は	平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	性別は	この質問票におもに答えるひとは	からだを動かす遊びをしますか
生年月日は	平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="radio"/> 男の子	<input type="radio"/> お母さん	<input type="radio"/> よく遊ぶ
								<input type="radio"/> 女の子	<input type="radio"/> お父さん	<input type="radio"/> どちらかというところ
およその身長と体重は	およその身長		およその体重					<input type="radio"/> おばあさん	<input type="radio"/> おふつう	<input type="radio"/> どちらかというところ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="radio"/> おじいさん	<input type="radio"/> どちらかというところ	<input type="radio"/> じっとしているほう
							kg	<input type="radio"/> その他のひと	<input type="radio"/> じっとしているほう	

あまり考えこまずに、だいたい答えてください。

最近、1か月間について考えてください

アイスクリーム	ヨーグルト・ヨーグルトドリンク	チーズ	とり肉 (ひき肉をふくむ)	ぶた肉・牛肉 (ひき肉をふくむ)	ハム・ソーセージ・ベーコン	レバー
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回
<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

食べなかったり、飲まなかった場合は、ここに ● をしてください。

あまり考えこまずに、だいたいで答えてください。

最近、1か月間について考えてください

いか・たこ・えび・貝	骨ごと食べる魚	ツナ缶	魚の干物・塩蔵魚(塩さば・塩鮭・あじの干物など)	脂が乗った魚(いわし・さば・さんま・ぶり・にしん・うなぎ・まぐろトロなど)	脂が少なめの魚(さけ・ます・白身の魚・淡水魚・かつおなど)	魚の練り製品(ちくわ・かまぼこ・魚肉ソーセージなど)
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

たまご(鶏の卵1個程度)	とうふ・厚揚げなど	納豆	フライドポテト・ポテトチップス	その他のじゃがいも・さつまいも・里芋・その他のいも	漬け物	
					緑の濃い葉野菜	その他すべて(梅干は除く)
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

生野菜(サラダ) レタス・キャベツ千切りなど(トマトは除く)	料理に使った野菜(漬け物・サラダ以外)					トマト・プチトマト・トマト煮込み・トマトシチュー
	緑の濃い葉野菜	キャベツ・白菜	にんじん・かぼちゃ	だいこん・かぶ	その他の根菜すべて(たまねぎ・ごぼう・れんこんなど)	
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

きのこ(すべての種類)	海藻(すべての種類)(だし用は除く)	お菓子・おやつ				
		洋菓子・クッキー・ビスケット	和菓子	せんべい・もち・お好み焼きなど	スナック菓子	チョコレート
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

最近、1か月間について考えてください

あまり考えこまずに、どんどん答えていってください。

果物			麺類			
みかんなどの柑橘 (かんきつ)類	かき・いちご・キウイ	その他のすべての 果物(ジュース・ ジャムは除く)	そば	うどん・ひやむぎ・そ うめん	らーめん・やきそ ば・インスタント麺	スパゲッティ・マカ ロニ
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

パン(おかずパン・ 菓子パンも含む)	パンに塗る			食卓で使う調味料		
	バター	マーガリン	ジャム	マヨネーズを かける	ケチャップを かける	ソース・しょうゆを かける
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

平均的な1日に食べていた合計(こどものお茶碗で)			平均的な1日に食べていた みそ汁の合計(こどものお 碗で)	「主食(ごはん・パン・麺類)」 のある食事は、1日にどれくら いありましたか	飲み物
ふりかけのない 白米	ふりかけをかけた 白米	麦ごはん・胚芽米・ 玄米・雑穀米			水・ミネラルウォー ター
<input type="radio"/> 6杯以上	<input type="radio"/> 6杯以上	<input type="radio"/> 6杯以上	<input type="radio"/> 6杯以上	<input type="radio"/> ほとんど毎日3食	<input type="radio"/> 毎日4杯以上
<input type="radio"/> 5杯程度	<input type="radio"/> 5杯程度	<input type="radio"/> 5杯程度	<input type="radio"/> 5杯程度	<input type="radio"/> ときどき2食の日もある	<input type="radio"/> 毎日2～3杯
<input type="radio"/> 4杯程度	<input type="radio"/> 4杯程度	<input type="radio"/> 4杯程度	<input type="radio"/> 4杯程度	<input type="radio"/> ほぼ2食くらい	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 3杯程度	<input type="radio"/> 3杯程度	<input type="radio"/> 3杯程度	<input type="radio"/> 3杯程度	<input type="radio"/> 2食より少し少ないくらい	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 2杯程度	<input type="radio"/> 2杯程度	<input type="radio"/> 2杯程度	<input type="radio"/> 2杯程度	<input type="radio"/> 1食半くらい	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 1杯半程度	<input type="radio"/> 1杯半程度	<input type="radio"/> 1杯半程度	<input type="radio"/> 1杯半程度	<input type="radio"/> 1食くらい	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 1杯程度	<input type="radio"/> 1杯程度	<input type="radio"/> 1杯程度	<input type="radio"/> 1杯程度	<input type="radio"/> 半食(2日に1回)くらい	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 半杯程度	<input type="radio"/> 半杯程度	<input type="radio"/> 半杯程度	<input type="radio"/> 半杯程度	<input type="radio"/> 4日に1回くらい	<input type="radio"/> 飲まなかった
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 週に1回かそれより少なかった	

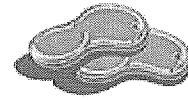
飲み物						
低脂肪の牛乳	ふつうの牛乳(高 脂肪も含む)	乳酸菌飲料(ヤク ルトなど)	お茶(紅茶・ウー ロン茶も含む)	ココア・ミルクココ ア・ミロ	コーラ・100%果汁 以外のジュース(ス ポーツドリンクも)	100%の果物ジュー ス・野菜ジュース
<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上	<input type="radio"/> 毎日4杯以上
<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯	<input type="radio"/> 毎日2～3杯
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回	<input type="radio"/> 週4～6回
<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回	<input type="radio"/> 週2～3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった	<input type="radio"/> 飲まなかった

もう少しです。あまり考えこまずに、最後までお答えください。

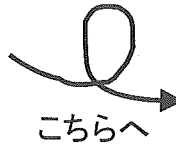
最近、1か月間について考えてください

お子様は、この1か月のあいだ、以下の料理をどのくらいの頻度で食べていましたか？

肉を使った料理(ハム・ソーセージなどの肉加工品も含む)				
焼肉・ステーキ・グリル	ハンバーグ・カレー・ミートソースなど洋風の料理	揚げ物・てんぷら	炒め物	和風の煮物・鍋物・どんぶり物・汁物・具だくさんのみそ汁
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回
<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった



魚を使った料理(いか・たこ・えび・貝も含む)			
さしみ・すし	焼き魚	煮魚・鍋物・汁物・具だくさんのみそ汁	てんぷら・揚げ魚
<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回
<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった



野菜は	「お腹がすいた・早くごはんにして」と言いますか
<input type="radio"/> 好んで食べる	<input type="radio"/> よく言う
<input type="radio"/> 食べるほう	<input type="radio"/> ときどき言う
<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> あまり言わない
<input type="radio"/> 食べないほう	<input type="radio"/> ほとんど言わない
<input type="radio"/> 食べない	

お肉(牛肉や豚肉)の脂身は	鶏肉の皮は	麺類のスープ・汁を飲む量は	家庭の味付けは外食に比べて	季節によって食べ方が大きくちがう食べ物 ここだけ、この1年間でもっともよく食べた季節を思い出して、その頃の食べ方についてお答えください。		
				みかんなどの柑橘(かんきつ)類	かき・いちご・キウイ	いちご
<input type="radio"/> 好んで食べる	<input type="radio"/> 好んで食べる	<input type="radio"/> ほとんど全部	<input type="radio"/> 薄口	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上	<input type="radio"/> 毎日2回以上
<input type="radio"/> 食べるほう	<input type="radio"/> 食べるほう	<input type="radio"/> 2割くらい残す	<input type="radio"/> 少し薄口	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回	<input type="radio"/> 毎日1回
<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> 半分くらい	<input type="radio"/> 同じくらい	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> 週4~6回
<input type="radio"/> 食べないほう	<input type="radio"/> 食べないほう	<input type="radio"/> 2割くらい	<input type="radio"/> 少し濃い口	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> 週2~3回
<input type="radio"/> 食べない	<input type="radio"/> 食べない	<input type="radio"/> ほとんど飲まない	<input type="radio"/> 濃い口	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> 週1回
				<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> 週1回未満
				<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった	<input type="radio"/> 食べなかった

この1か月に栄養補助食品・サプリメントを使用しましたか	他の子と比べて、食べる速さは	よく噛んで食べますか	治療済みも含めて、虫歯はいま何本ありますか	食物アレルギーのために、食べられない食品、避けている食品はありますか	最近、食事習慣を意識的に変えましたか	現在、医師、栄養士、その他の専門家の指導のもとで、食事のコントロールをしていますか
<input type="radio"/> 毎日1回以上	<input type="radio"/> かなり速い	<input type="radio"/> よく噛む	<input type="radio"/> 10本以上			
<input type="radio"/> 週4~6回	<input type="radio"/> やや速い	<input type="radio"/> よく噛むほう	<input type="radio"/> 6~9本	<input type="radio"/> はい (医師の診断あり)	<input type="radio"/> はい	
<input type="radio"/> 週2~3回	<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> 3~5本		<input type="radio"/> 〇1年以上前	
<input type="radio"/> 週1回	<input type="radio"/> やや遅い	<input type="radio"/> あまり噛まないほう	<input type="radio"/> 1~2本	<input type="radio"/> はい (医師の診断なし)	<input type="radio"/> 〇1年前以内	<input type="radio"/> はい
<input type="radio"/> 週1回未満	<input type="radio"/> かなり遅い	<input type="radio"/> あまり噛まない	<input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 〇半年前以内	<input type="radio"/> はいいえ
<input type="radio"/> 使わなかった	<input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> はいいえ	<input type="radio"/> はいいえ	ゴール!

ID _____

歯科疾患調査票

調査日 平成 年 月 日

I. お子さんの歯の状況

(1) お子さんの歯の状況																						
(右)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">E</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">C</td><td style="width: 20px; height: 20px;">B</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">B</td><td style="width: 20px; height: 20px;">C</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">E</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">E</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">C</td><td style="width: 20px; height: 20px;">B</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">B</td><td style="width: 20px; height: 20px;">C</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">E</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(左)
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
健全歯 : / 未処置歯 : C 処置歯 : O 喪失歯 : X																						
(2) お子さんの歯肉の炎症	1. 有 2. 無																					
(3) お子さんの唾液緩衝能	0 1 2																					

II. お母さんのお口の状況

(1) お母さんの歯の状況																														
(右)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	(左)
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																	
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																	
健全歯 : / 未処置歯 : C 処置歯 : O 喪失歯 : X																														
(2) お母さんの歯肉の状況																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">7 又は 6 </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1 </td> <td style="width: 60%; text-align: center;">6 又は 7 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;">上顎</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;">下顎</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7 又は 6 </td> <td style="text-align: center;">1 </td> <td style="text-align: center;">6 又は 7 </td> </tr> </table>	7 又は 6	1	6 又は 7	上顎			下顎			7 又は 6	1	6 又は 7	※各歯の最深ポケット深さ(mm)を記入 ※出血有りの場合は、ポケット深さの右上に+を記入																	
7 又は 6	1	6 又は 7																												
上顎																														
下顎																														
7 又は 6	1	6 又は 7																												
(3) お母さんの歯石の沈着	1. 有 2. 無																													
(4) お母さんの唾液分泌量(5分間)	()ml																													
(5) お母さんの唾液緩衝能	0 1 2																													

遺伝子解析研究のご協力について

