

図1. MCS患者群と対照群の尺度別合計得点の頻度分布

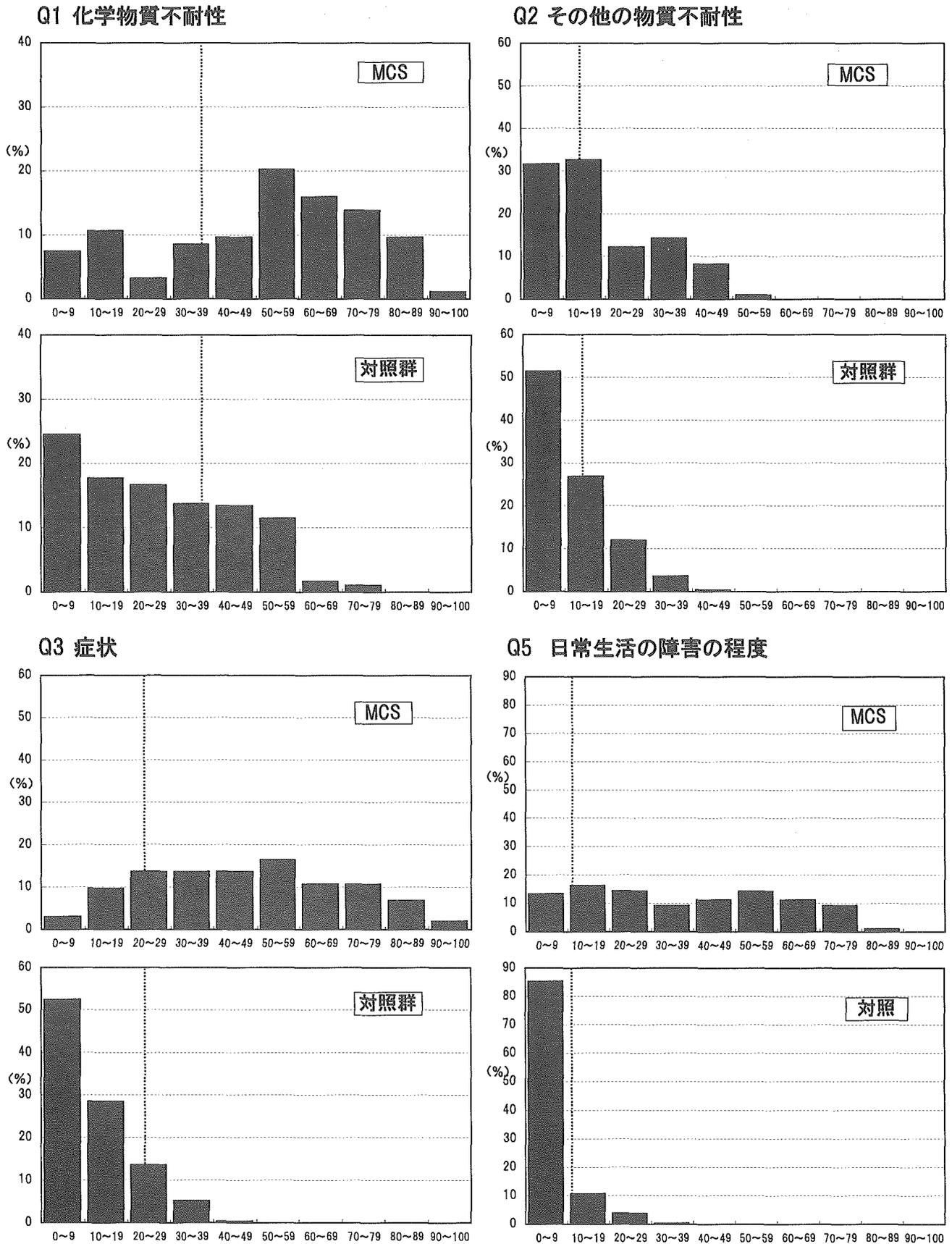
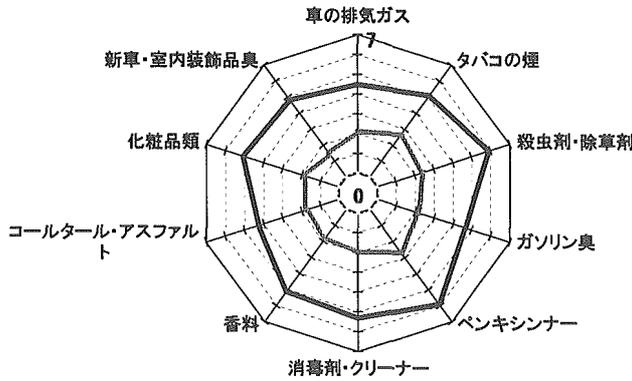


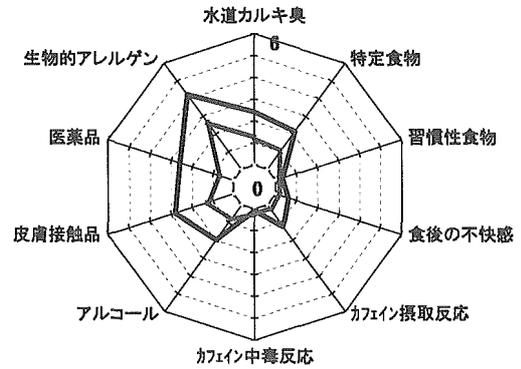
図2. MCS患者群と対照群の尺度別10質問得点の平均値レーダーチャート

a. Q1 化学物質不耐性



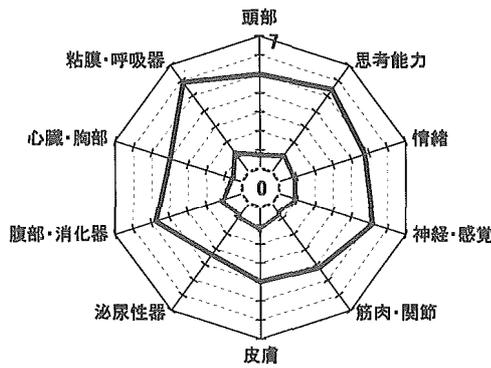
0:まったく反応なし  
5:中等度の反応  
10:動けなくなるほどの反応

b. Q2 その他の物質不耐性



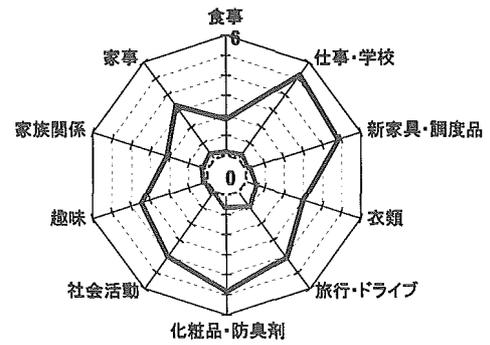
0:まったく反応なし  
5:中等度の反応  
10:動けなくなるほどの反応

c. Q3 症状



0:まったく症状なし  
5:中等度の症状  
10:動けなくなるほどの症状

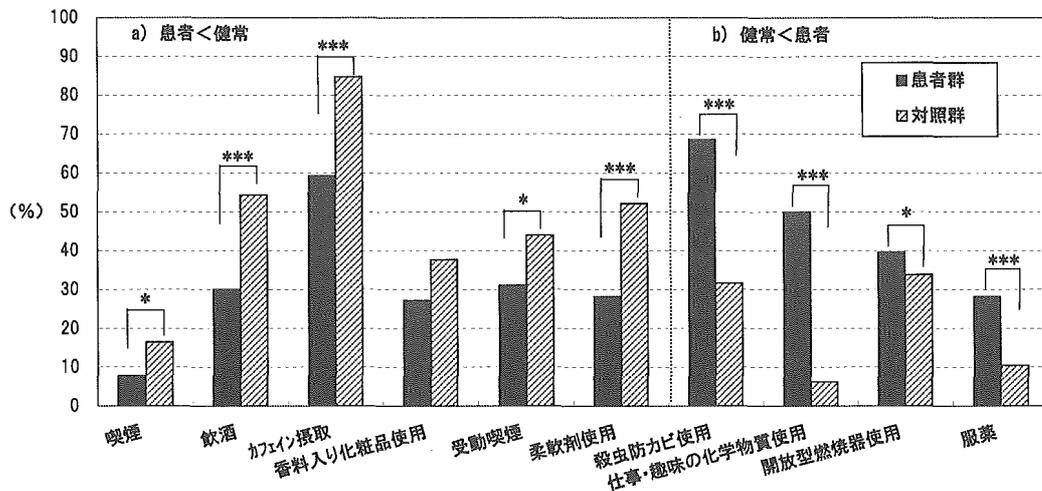
d. Q5 日常生活の障害の程度



0:まったく支障なし  
5:中等度の支障  
10:まったくダメである

— MCS  
- - - Control

e. Q4 マスキング



\* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

図3. Cutoff Pointを用いた分類

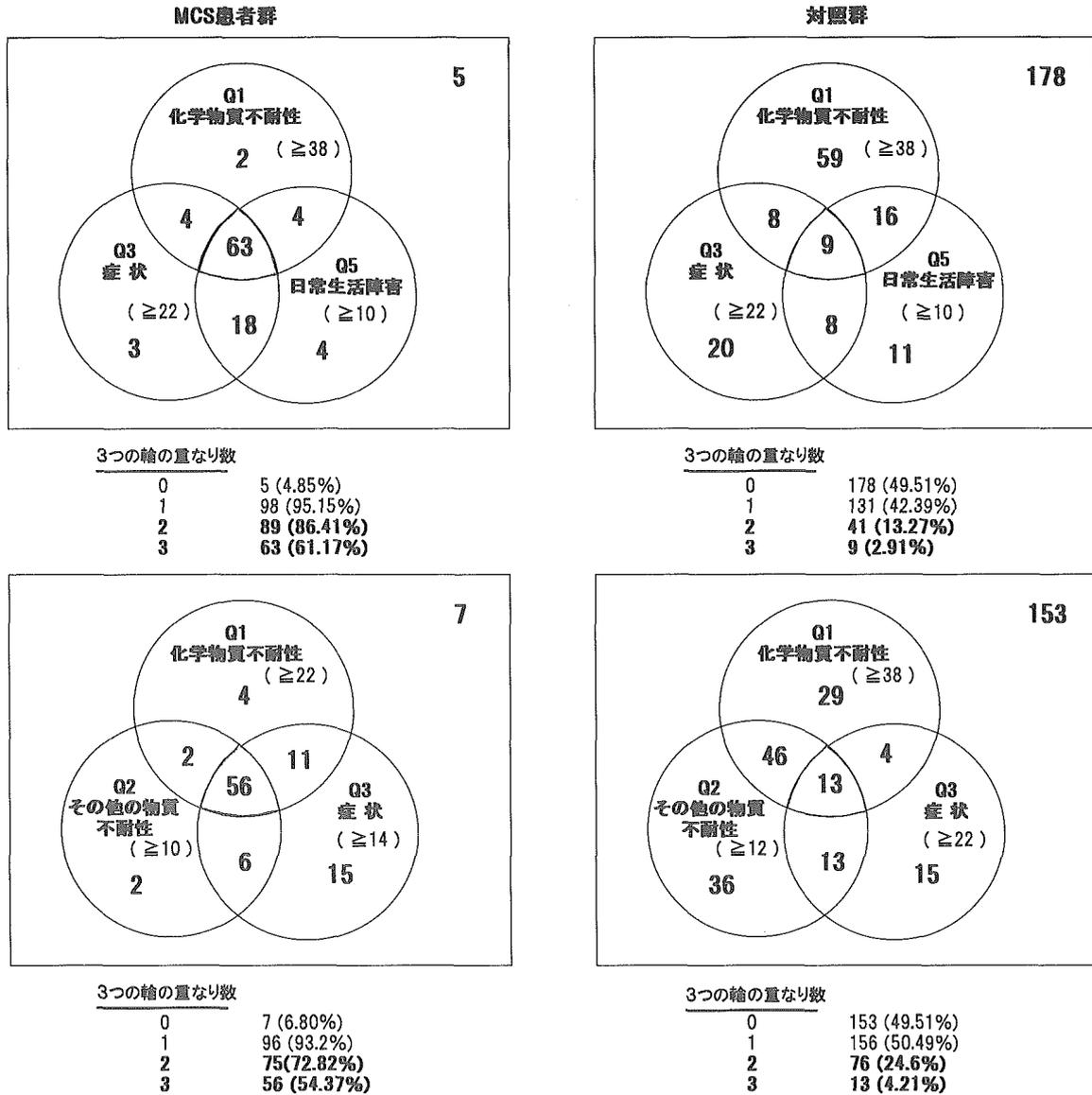


図4. MCS患者群と対照群のアレルギー疾患有症率の比較

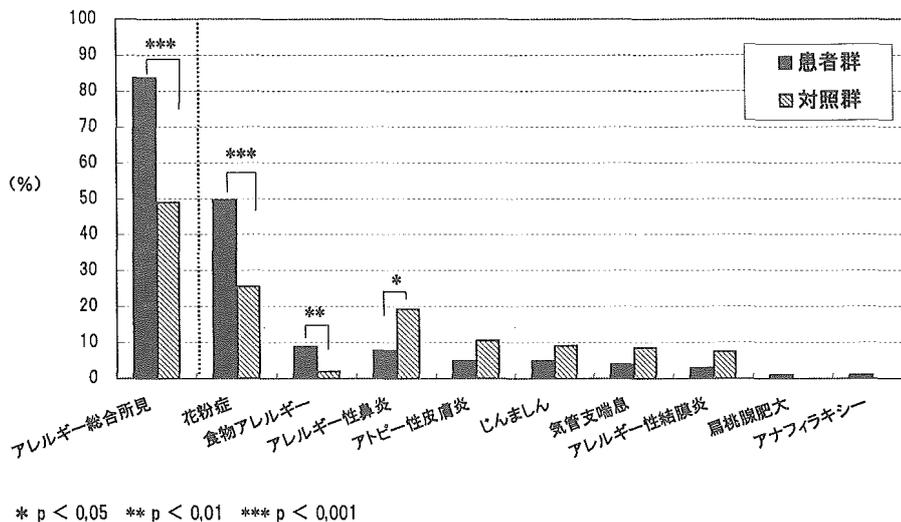
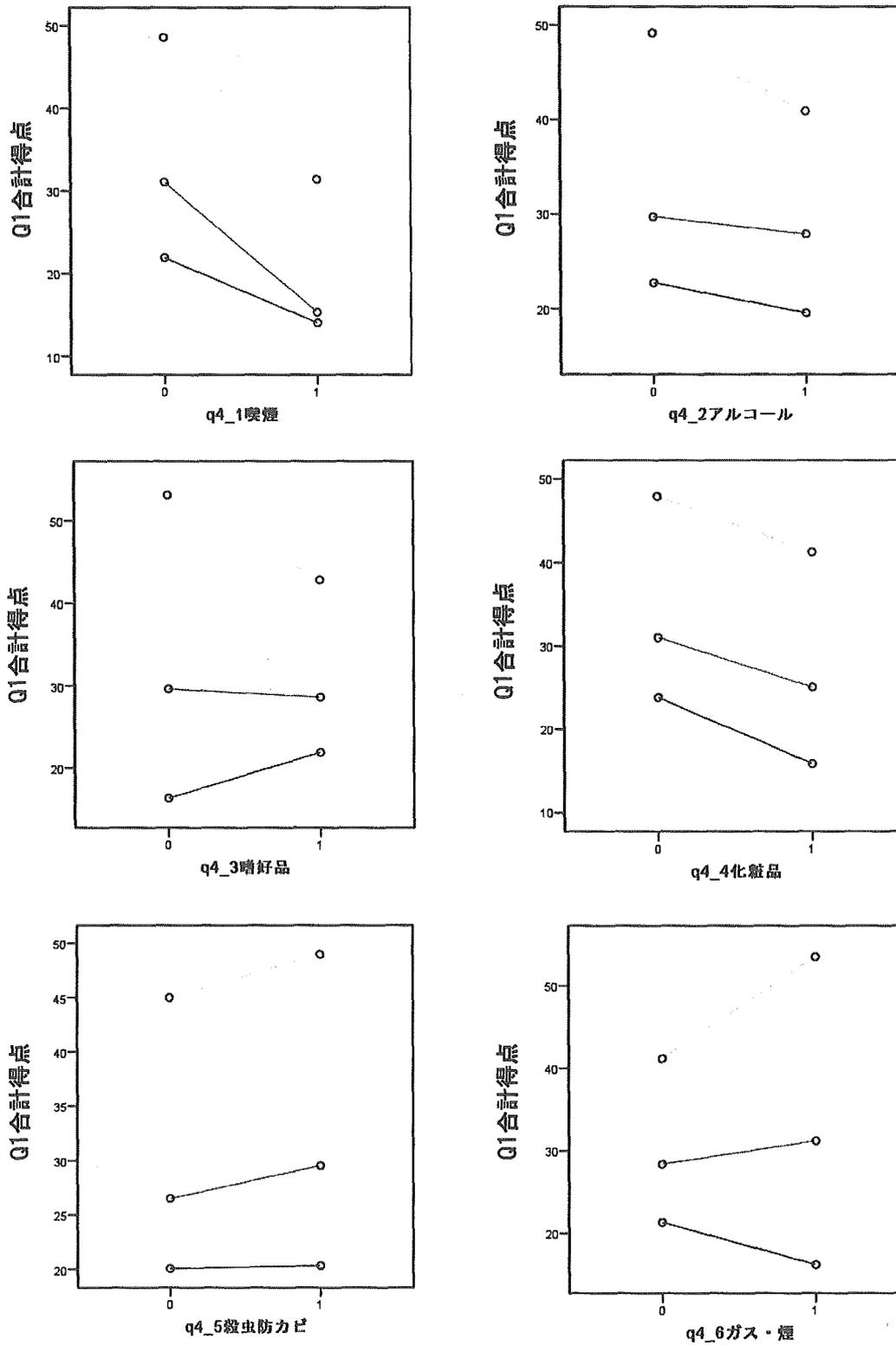


図5. マスキングと症状、化学物質不耐性との交互作用(その1)



\* 0 = なし  
1 = あり

症状分類  
 — 1.00 重症  
 — 2.00 中軽症  
 - - 3.00 軽症

図5. マスキングと症状、化学物質不耐性との交互作用(その2)

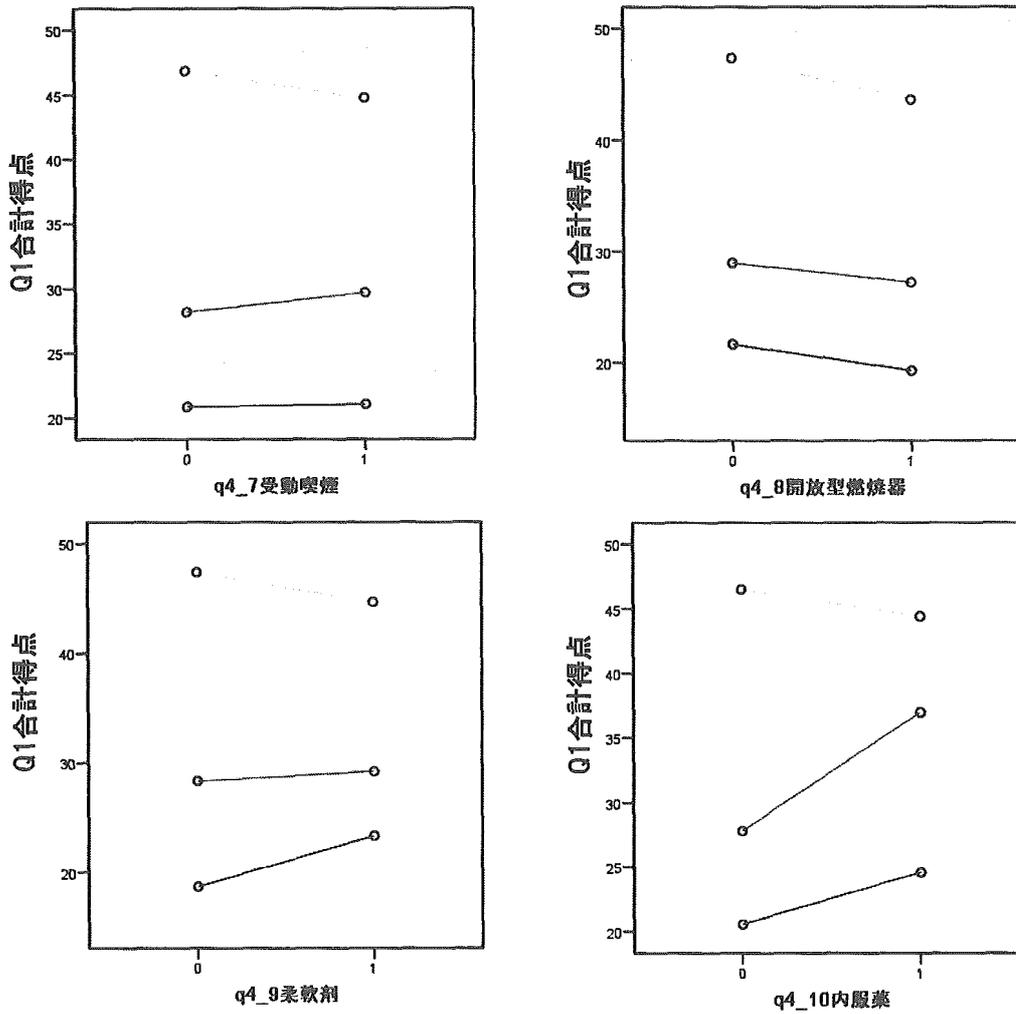
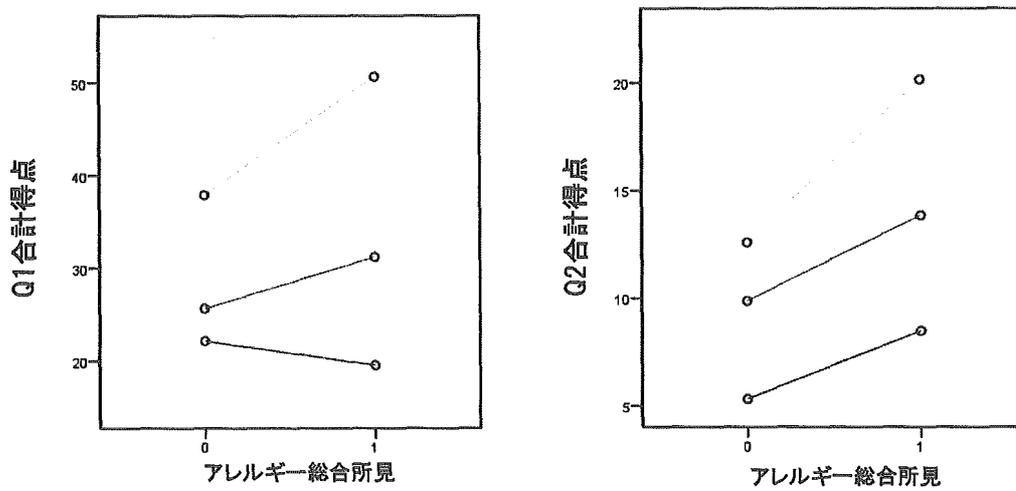


図6. アレルギーと症状、化学物質不耐性、その他の物質不耐性との交互作用



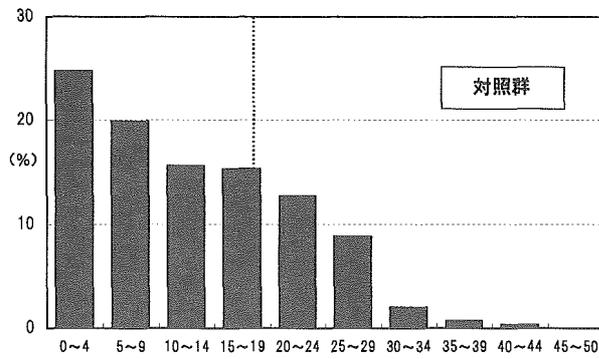
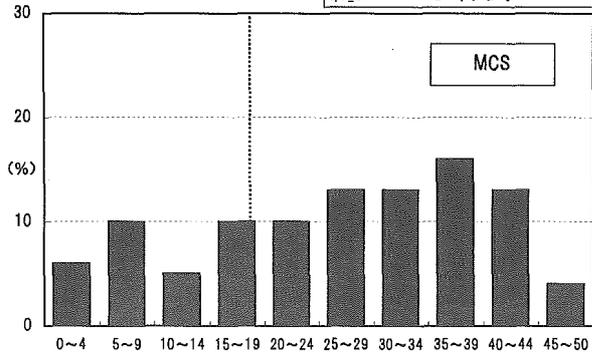
\* 0 = なし  
1 = あり

症状分類  
 — 1.00 重症  
 — 2.00 中軽症  
 - - 3.00 軽症

図7. 各尺度オッズ比上位5項目合計得点の頻度分布

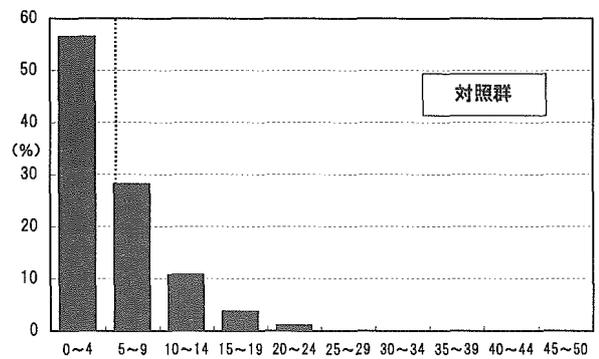
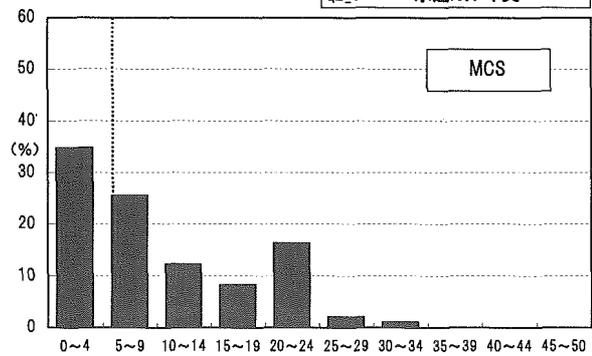
Q1 化学物質不耐性

q1_9	化粧品類
q1_10	新車・室内装飾品臭
q1_7	香料
q1_6	消毒剤・クリーナー
q1_5	ペンキシンナー



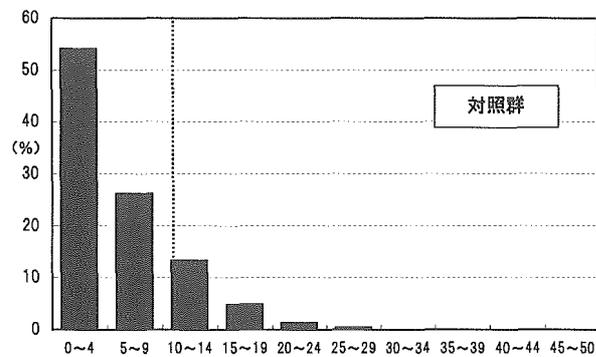
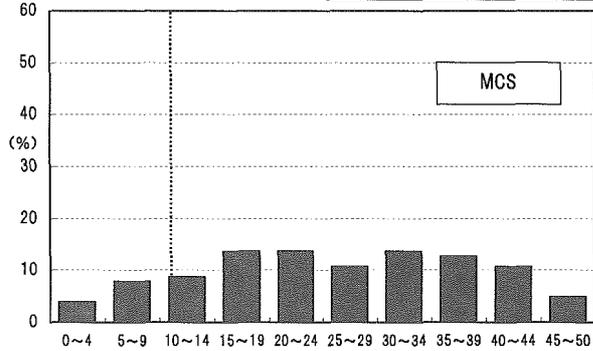
Q2 その他の物質不耐性

q2_5	カフェイン摂取反応
q2_4	食後の不快感
q2_9	医薬品
q2_8	皮膚接触品
q2_1	水道カルキ臭



Q3 症状

q3_5	思考能力
q3_2	粘膜・呼吸器
q3_3	心臓・胸部
q3_7	神経・感覚
q3_8	頭部



Q5 日常生活障害

q5_2	仕事・学校
q5_7	社会活動
q5_8	趣味
q5_3	新家具・調度品
q5_1	食事

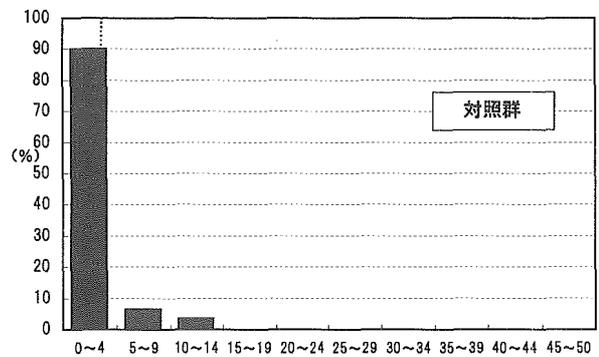
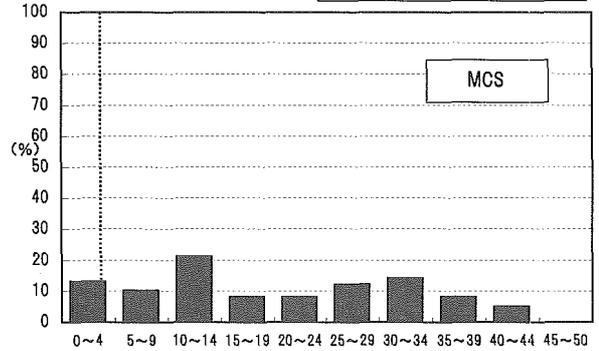
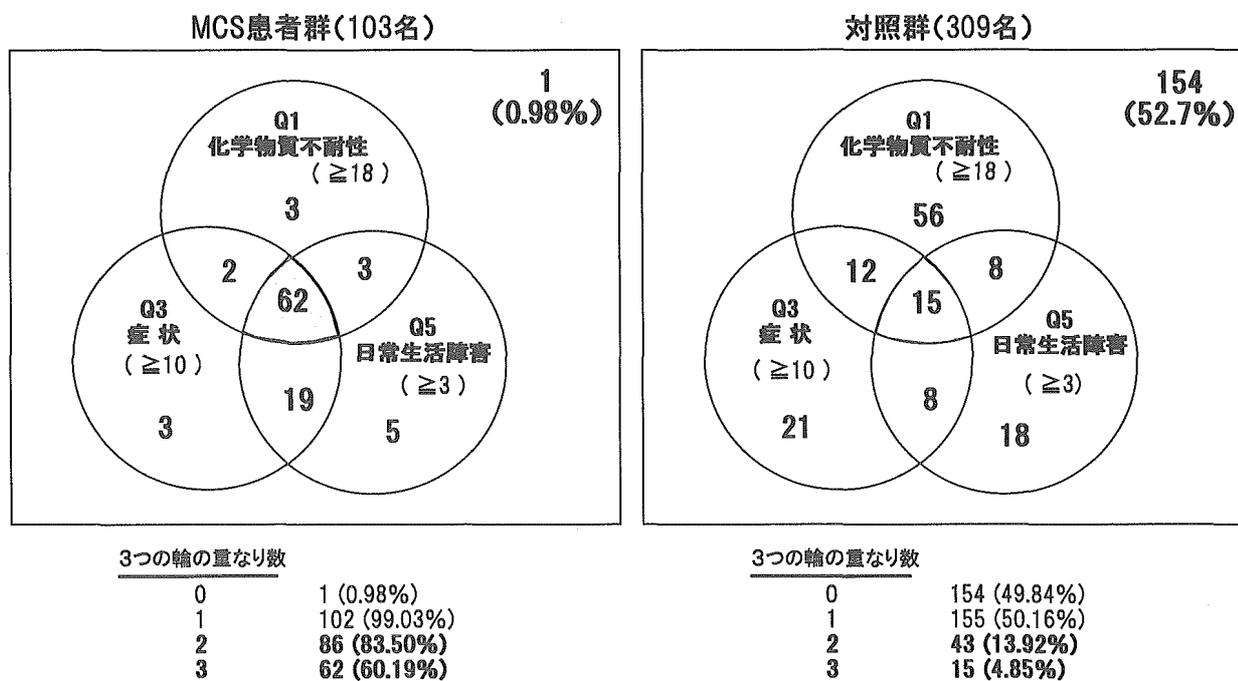


図8. 上位5項目合計得点の3つおよび2つの尺度のCUT OFF値による分類



# 「シックハウス症候群・化学物質過敏症」に関する調査



成人版  
(中学生以上)

● 自己記入 ●

調査票責任者

北條祥子

尚絅学院大学 生活創造学科 教授

東京大学大学院医学研究科 客員研究員

FAX : 022-381-3359

\* 無断転載を禁ず

記入日	年 月 日
性別	女 ・ 男
年齢	歳
現住所	都・道・府・県 市・郡 区 町

以下の質問にお答え下さい(該当するものに○をして下さい)。

1. シックハウス症候群に対する知識について質問します。

(1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 名前だけ知っている 4. 知らない)

上記で1, 2の場合の情報源

(1. 新聞 2. テレビ・インターネット 3. 書籍 4. 雑誌  
5. 専門家の説明 6. その他\_\_\_\_\_)

2. 化学物質過敏症に対する知識について質問します。

(1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 名前だけ知っている 4. 知らない)

上記で1, 2の場合の情報源

(1. 新聞 2. テレビ・インターネット 3. 書籍 4. 雑誌  
5. 専門家の説明 6. その他\_\_\_\_\_)

3. ご自宅の住環境について質問をします。

1) 家の周辺環境 (1. 市街地 2. 郊外・住宅地 3. 畑・田園地域 4. その他\_\_\_\_\_)

2) 家のタイプ (1. 一戸建 2. マンション 3. アパート 4. その他\_\_\_\_\_)

3) 家の構造 (1. 木造 2. 鉄筋コンクリート 3. 軽量鉄骨 4. プレハブ  
5. その他\_\_\_\_\_)

4) 内装 (1. 床も壁も木造中心 2. 床は木製フローリング、壁はクロス張り  
3. 床も壁もクロス張り 4. その他\_\_\_\_\_)

5) ご自宅の築年数  
(1. 1年以内 2. 1～5年未満 3. 5年～10年未満 4. 10年以上 5. 不明)

6) ご自宅の増改築・改築・リフォームの有無  
(1. 1年以内に行った 2. 1～5年未満 3. 5年以上前 4. 行っていない 5. 不明)

7) 部屋や居間の換気扇をつける、窓を開けるなど、部屋の換気をしていますか？  
夏 (1. 毎日まめにする 2. 時々する 3. ほとんどしない)  
冬 (1. 毎日まめにする 2. 時々する 3. ほとんどしない)

8) 現在ペットを飼っていますか？ (1. 室内で飼育 2. 屋外で飼育 3. 飼っていない)  
飼っている方：(動物の種類：\_\_\_\_\_を\_\_\_\_\_年間飼育している)

現在飼っていないが過去に飼っていた方：(動物の種類：\_\_\_\_\_を\_\_\_\_\_年間飼育していた)

4. 職場や学校の環境について質問をします。

1) ご職業は何ですか? \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

2) 職場や学校で身体症状に悪化がみられますか? (1. はい 2. いいえ)

「はい」の方:悪化させている原因は何だと思えますか?

\_\_\_\_\_

5. 健康状態についての質問をします。

1) 次の中で医師から診断されたことがあるものに○、現在治療中のものに◎をつけて下さい。

- |                  |                          |                  |
|------------------|--------------------------|------------------|
| 1. アトピー性皮膚炎 ( )  | 2. 気管支喘息 ( )             | 3. アレルギー性鼻炎 ( )  |
| 4. アレルギー性結膜炎 ( ) | 5. じんましん ( )             | 6. かぶれ ( )       |
| 7. 偏頭痛 ( )       | 8. 化学物質過敏症 ( )           | 9. シックハウス症候群 ( ) |
| 10. 花粉症 ( )      | 11. 食物アレルギー (食品名: _____) |                  |
| 12. その他 _____    |                          |                  |

もし現在何らかの体調不良がある場合には、その主な症状を書いて下さい。(5つまで)

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

2) 上記の症状が出始めたり、悪化したきっかけが推定できますか。 (1. はい 2. いいえ)

「はい」の方は推定要因を具体的に記入して下さい。(例: 自宅の新築)

\_\_\_\_\_

6. ライフスタイルについての質問をします。

1) 自宅で過ごされる時間は? \_\_\_\_\_ 平日 (平均 \_\_\_\_\_ 時間)

2) 睡眠時間は? \_\_\_\_\_ 平日 (平均 \_\_\_\_\_ 時間)

3) 朝食は食べますか? (1. ほぼ毎日 2. ときどき 3. ほとんど食べない)

4) 栄養のバランスを考えた食事は? (1. とっている 2. ときどき 3. 好き嫌いが多い)

5) 日ごろストレスを感じていますか? (1. 強く感じる 2. 普通 3. あまり感じない)

6) 運動・スポーツをして日頃よく体を動かしていますか? (1. はい 2. いいえ)

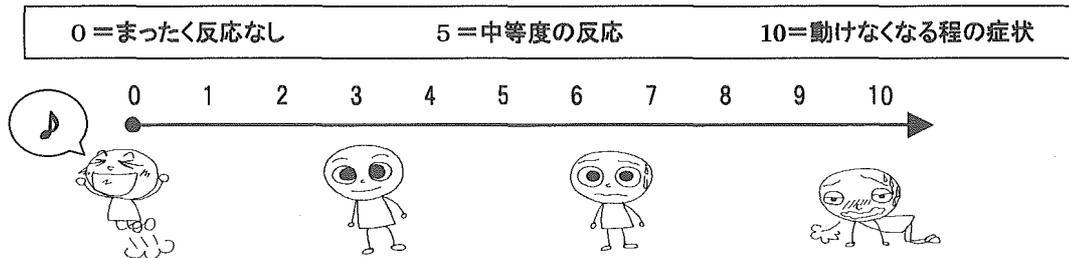
「はい」の方: (運動の種類と頻度 \_\_\_\_\_)

7) においに敏感ですか? (1. 非常に敏感 2. 普通 3. 鈍い)



## Q1 化学物質曝露による反応

以下の物質に対し、どのような反応や症状が出るかをお聞きするものです。例えば、頭痛、頭が働かなくなる、呼吸が苦しくなる、胃の不調、ふらふらするなどの症状が出ますか。反応・症状の強さを以下のように0から10の点数で丸を付けて下さい。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に○印をつけてください。丸は1ヶ所だけです。



1. 車の排気ガス

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

2. タバコの煙

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

3. 殺虫剤、除草剤、防虫剤、防蟻剤など

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

4. ガソリン臭

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

5. ペンキ、シンナーなど

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

6. 消毒剤、漂白剤、バスクリーナー、床クリーナーなど

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

7. 特定の香水、芳香剤、清涼剤など

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

8. コールタールやアスファルト臭

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

9. マニキュア、その除去液、ヘアスプレー、オーデオロンなど

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

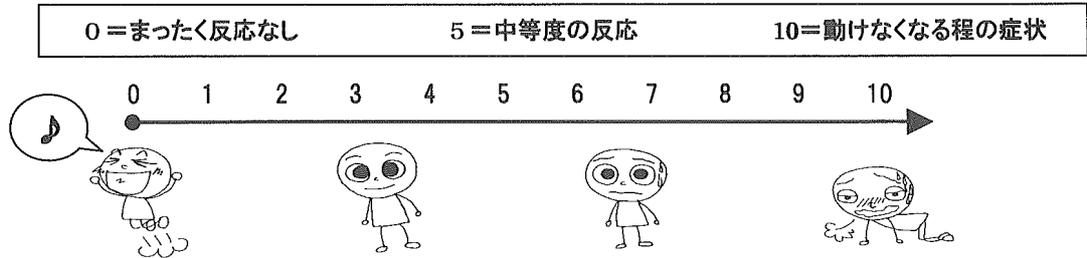
10. 新しいじゅうたん、カーテン、シャワーカーテン、新車の臭いなど

( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

合計 (0~100)

## Q2 その他の物質による反応

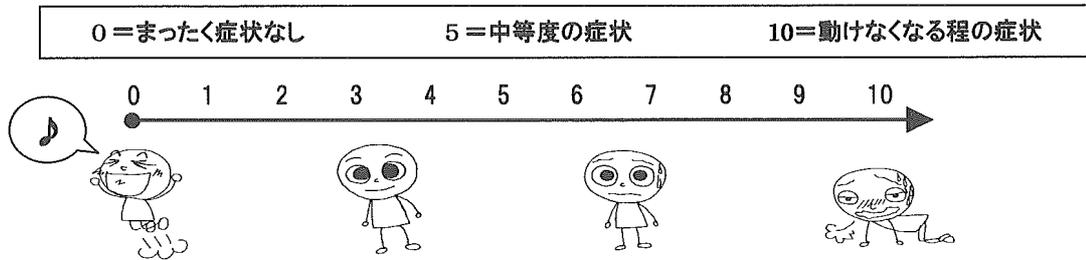
水道水中の消毒剤、特定の食品、食品添加物（着色剤・防腐剤・香料等）、カフェイン、アルコール、医療用に使われる化学物質、生物学的アレルゲン等に対する反応・症状についてお聞きする項目です。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に○印をつけてください。要領は前ページと同じです。



1. 塩素消毒された水を飲んだとき  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
2. 何か特定の食べ物を食べたとき(キャンディ、ピザ、牛乳、油、てんぷら、肉、バーベキュー、タマネギ、ニンニク、香辛料、調味料、食品添加物、他) (食品名 \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
3. 何か習慣性になってしまい、食べないと体調不良となるような特別な食物があり、それを食べないでいるとき(食品名 \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
4. 食後、一定時間気持ち悪いようなこと  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
5. コーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレート(カフェインを含むもの)を食べると気持ち悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
6. 逆にコーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレートを食べないと気持ち悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
7. 少量のビール、ワインのような軽いアルコール飲料で気持ちが悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
8. 皮膚に触れるもの(繊維もの、メタルの装飾品、アクセサリー、化粧品類など)による反応  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
9. 医療用に使われる物質(抗生物質、麻酔薬、鎮痛剤、精神安定剤、X線造影剤、ワクチン、ピルなどの医薬品、インプラント[人工品の体への埋め込み]、入れ歯、避妊薬、避妊器具、他)を使ったとき  
(具体的に \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
10. 生物学的にアレルギーを起すもの(樹、草、花粉、ハウスダスト、かび、動物のあか、虫さされ、特定の食物など)によるぜんそく、鼻炎、じんましん、しっしんのようなアレルギー反応  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

合計 (0~100)

現在の健康状態（症状）についてお聞きする質問です。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に○印をつけてください。要領は前ページと同じです。



1. 筋肉・関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける(筋症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
2. 眼への刺激、やける感じ、しみる感じ。息切れ、咳のような期間や呼吸症状。たん、鼻汁がのどの奥の方を流れる感じ。風邪にかかりやすい。(気管粘膜症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
3. どうき、不整脈、胸の不安感などの心臓や胸の症状(心・循環症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
4. お腹の痛み、胃けいれん、膨満感、吐き気、下痢、便秘のような消化器症状(胃腸症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
5. 集中力、記憶力、決断力低下、無気力などを含めた思考力低下(認識症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
6. 緊張しすぎ、上がりやすい、刺激されやすい、うつ、泣きたくなったり激情的になったりする。  
以前に興味があったものに興味がもてないなどの気分の変調(情緒症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
7. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、目のピントが合わない。(神経・末梢神経症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
8. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの頭部症状(頭部症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
9. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感(皮膚症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
10. 外陰部のかゆみ、または痛み、トイレが近い、尿失禁、排尿困難などの泌尿・生殖器症状(女性の場合には生理の不快感、苦痛、などの症状)(泌尿・生殖器症状)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

合計 (0~100)



#### Q4 マスキング (症状の偽装・化学物質曝露に対する1つの適応)

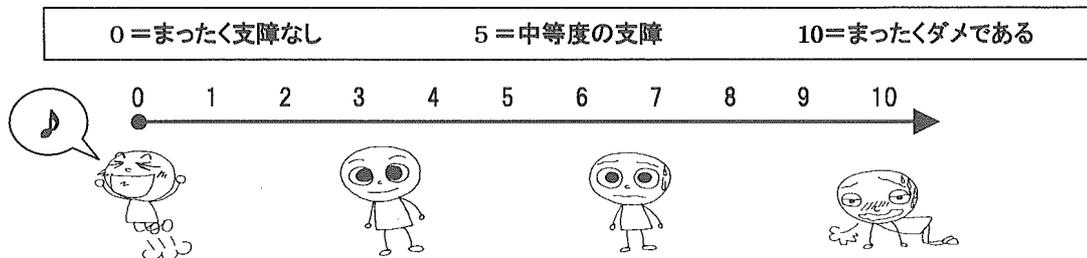
日常的に取り込む可能性のある化学物質に関する質問です。シックハウス症候群や化学物質過敏症患者では、常時に微量の化学物質曝露をしていると、一種の適応現象として症状の偽装（マスキング）が起こることがあるので、それを知るための質問です。以下の項目の質問に対して、当てはまる方に○印をつけてください。

1. タバコを吸いますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (1日約 \_\_\_\_\_ 本を約 \_\_\_\_\_ 年間吸っている)  
「いいえ」で過去に吸っていた方: (1日約 \_\_\_\_\_ 本を約 \_\_\_\_\_ 年間吸っていた)  
やめた理由: (1. 本人体調悪化 2. 家族体調悪化 3. その他 \_\_\_\_\_)
2. アルコールの入った飲料、ビール、ワインを飲みますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (種類 \_\_\_\_\_ 量と頻度 \_\_\_\_\_)  
「いいえ」で過去に飲んでいたら: (種類 \_\_\_\_\_ 量と頻度 \_\_\_\_\_)  
やめた理由: (1. 体調悪化 2. その他 \_\_\_\_\_)
3. コーヒー系(カフェインを含むもの)の飲み物を飲みますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (1日に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 杯くらい \_\_\_\_\_ 年間飲んでいる)  
「いいえ」で過去に飲んでいたら: (1日に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 杯くらい飲んでいたら)  
やめた理由: (1. 体調悪化 2. その他 \_\_\_\_\_)
4. 香水、ヘアスプレー、香料入りの化粧品を使用しますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (種類と使用頻度 \_\_\_\_\_)
5. 過去数年以内に殺虫剤、防かび剤処理を家や職場で行いましたか (はい・いいえ・わからない)  
「はい」の方: 具体的に \_\_\_\_\_
6. 最近、仕事や趣味で週1回以上化学物質やガス、煙に曝されましたか (はい・いいえ)  
「はい」の方: 具体的に \_\_\_\_\_
7. あなたの周りでいつもタバコを吸う家族や同僚はいますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: その方々があなたの周りで吸う本数は、合計で1日約 \_\_\_\_\_ 本
8. 冬季に職場・学校・自宅に居るときにガスが部屋の中に出る暖房器具を使いますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (暖房の種類 \_\_\_\_\_ 1日の平均使用時間 \_\_\_\_\_)
9. 衣類を洗濯するとき柔軟剤を使いますか (はい・いいえ・わからない)
10. 医薬品(ステロイド剤、鎮痛剤、抗うつ剤、精神安定剤、睡眠薬、他)をよく使いますか (はい・いいえ)  
「はい」の方: (種類と使用頻度 \_\_\_\_\_)

\* 「はい」の数をご記入下さい。合計 (0~10)

## Q5 日常生活の支障の程度

日常生活の中で、あなたの体調が主な原因で生ずると考えられる支障の程度についてお聞きする質問です。前のページと同じ要領で丸を付けて下さい。いくつか例のあるものは一番支障の程度の大きいものの点数に○印をつけてください。

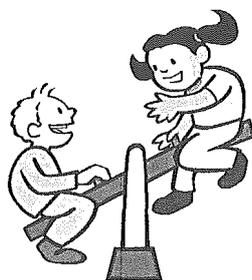


1. 食事をするとき支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
2. 支障なく毎日職場や学校へ通えていますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
3. 新しい家具・調度品(机・タンス・カーテンなど)を使う場合支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
4. 衣類の使用に支障(皮膚のかゆみ・湿疹など)がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
5. 旅行や車のドライブに支障(車酔いなど)はありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
6. 化粧品や防臭剤などの臭いをかいた時に支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
7. 集会、レストランなどへ外出するなど、一般の社会的活動に参加するのに支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
8. 趣味やスポーツなど好きなことが支障なくできますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
9. 配偶者など家族とのコミュニケーションに支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
10. 日々の日常生活の中で、家庭内の雑用(庭の手入れ、車の洗浄、料理・家の掃除、アイロンがけなど)をするのに支障がありますか  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

合計 (0~100)

どうもおつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。

# 「シックハウス症候群・化学物質過敏症」に関する調査



児童版  
(4歳～小6)

● 保護者記入 ●

調査票責任者

北條祥子

尚絅学院大学 生活創造学科 教授  
東京大学大学院医学研究科 客員研究員  
FAX : 022-381-3359

\* 無断転載を禁ず

記入日	年 月 日
お子様の性別	女 ・ 男
お子様の年齢	歳
お子様の住所	都・道・府・県 市・郡 区 町
記入者	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( )

以下の質問にお答え下さい(該当するものに○をして下さい)。

1. 記入者のシックハウス症候群に対する知識について質問します。

- (1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 名前だけ知っている 4. 知らない)

上記で1, 2の場合の情報源

- (1. 新聞 2. テレビ・インターネット 3. 書籍 4. 雑誌  
5. 専門家の説明 6. その他\_\_\_\_\_)

2. 記入者の化学物質過敏症に対する知識について質問します。

- (1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 名前だけ知っている 4. 知らない)

上記で1, 2の場合の情報源

- (1. 新聞 2. テレビ・インターネット 3. 書籍 4. 雑誌  
5. 専門家の説明 6. その他\_\_\_\_\_)

3. お子様のご自宅の住環境についての質問をします。

- 1) 家の周辺環境 (1. 市街地 2. 郊外・住宅地 3. 畑・田園地域 4. その他\_\_\_\_\_)
- 2) 家のタイプ (1. 一戸建 2. マンション 3. アパート 4. その他\_\_\_\_\_)
- 3) 家の構造 (1. 木造 2. 鉄筋コンクリート 3. 軽量鉄骨 4. プレハブ  
5. その他\_\_\_\_\_)
- 4) 内装 (1. 床も壁も木造中心 2. 床は木製フローリング、壁はクロス張り  
3. 床も壁もクロス張り 4. その他\_\_\_\_\_)
- 5) ご自宅の築年数  
(1. 1年未満 2. 1~5年未満 3. 5年~10年未満 4. 10年以上 5. 不明)
- 6) ご自宅の増改築・改築・リフォームの有無  
(1. 1年以内に行った 2. 1~5年未満 3. 5年以上前 4. 行っていない 5. 不明)
- 7) 部屋や居間の換気扇をつける、窓を開けるなど、部屋の換気をしていますか?  
夏 (1. 毎日まめにする 2. 時々する 3. ほとんどしない)  
冬 (1. 毎日まめにする 2. 時々する 3. ほとんどしない)
- 8) 現在ペットを飼っていますか? (1. 室内で飼育 2. 屋外で飼育 3. 飼っていない)  
飼っている方: (動物の種類: \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_年間飼育している)  
現在飼っていないが過去に飼っていた方: (動物の種類: \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_年間飼育していた)

4. お子様の健康状態についての質問をします。

1) 次の中で医師から診断されたことがあるものに○、現在治療中のものに◎をつけて下さい。

- |                          |                  |                  |
|--------------------------|------------------|------------------|
| 1. アトピー性皮膚炎 ( )          | 2. 気管支喘息 ( )     | 3. アレルギー性鼻炎 ( )  |
| 4. アレルギー性結膜炎 ( )         | 5. じんましん ( )     | 6. 立ちくらみ ( )     |
| 7. 偏頭痛 ( )               | 8. 花粉症 ( )       | 9. シックハウス症候群 ( ) |
| 10. 化学物質過敏症 ( )          | 11. アナフィラキシー ( ) | 12. 扁桃腺肥大 ( )    |
| 13. 食物アレルギー (食品名: _____) |                  |                  |
| 14. その他 _____            |                  |                  |

もしお子様に現在何らかの体調不良がある場合にはその主な症状を書いて下さい。(5つまで)

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

2) 上記の症状が出始めたり、悪化したきっかけが推定できますか。(1. はい 2. いいえ)  
「はい」の方は推定要因を具体的に記入して下さい。(例: 学校でワックスを使った)

\_\_\_\_\_

5. お子様のライフスタイルについての質問をします。

- 1) お子様が自宅で過ごされる時間は? 平日 (平均 \_\_\_\_\_ 時間)
- 2) お子様の睡眠時間は? 平日 (平均 \_\_\_\_\_ 時間)
- 3) お子様が学校・幼稚園・保育所で過ごされる時間は? (平均 \_\_\_\_\_ 時間)
- 4) 学校・幼稚園・保育所で身体症状に悪化がみられますか? (1. はい 2. いいえ)  
「はい」の方: 悪化させている原因は何だと思えますか?

- 5) 朝食は食べますか? (1. ほぼ毎日 2. ときどき 3. ほとんど食べない)
- 6) 栄養のバランスを考えた食事は? (1. とっている 2. ときどき 3. 好き嫌いが多い)
- 7) 日ごろストレスを感じているようですか? (1. 強く感じる 2. 普通 3. あまり感じない)
- 8) お子様は、外で遊んだり、運動・スポーツをしてよく体を動かしていますか?  
(1. はい 2. いいえ)

「はい」の方: (運動の種類と頻度 \_\_\_\_\_)

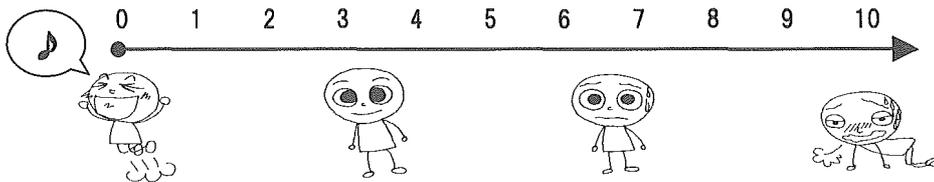
- 9) お子様はにおいに敏感ですか? (1. 非常に敏感 2. 普通 3. 鈍い)



### Q1 化学物質曝露による反応

お子様が以下の物質に対し、どのような反応や症状が出るかをお聞きするものです。例えば、頭痛、頭が働かなくなる、呼吸が苦しくなる、胃の不調、ふらふらするなどの症状が出ますか。反応・症状の強さを以下のように0から10の点数で丸を付けて下さい。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に○印をつけてください。丸は1ヶ所だけです。

0 = まったく反応なし      5 = 中等度の反応      10 = 動けなくなる程の症状



経験なし、又は  
わからない場合  
印をつける

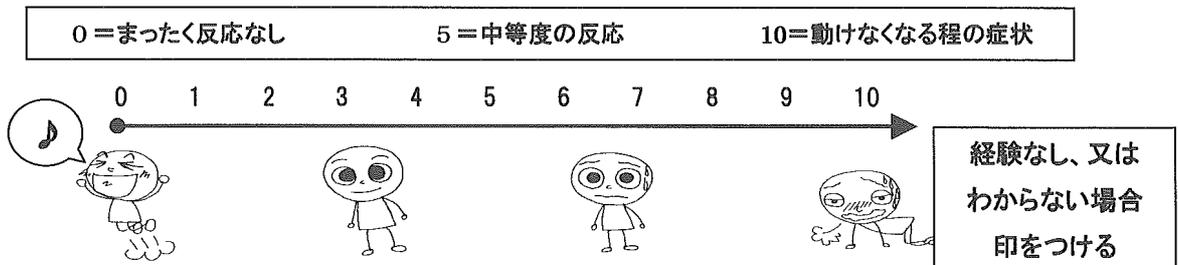
- |                                    |                            |                          |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. 車の排気ガス                          | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 2. タバコの煙                           | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 3. 殺虫剤、除草剤、防虫剤、防蟻剤など               | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 4. ガソリン臭                           | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 5. ペンキ、シンナーなど                      | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 6. 消毒剤、漂白剤、バスクリーナー、床クリーナーなど        | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 7. 特定の香水、芳香剤、清涼剤など                 | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 8. コールタールやアスファルト臭                  | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 9. マニキュア、その除去液、ヘアースプレー、オーデオロンなど    | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |
| 10. 新しいじゅうたん、カーテン、シャワーカーテン、新車の臭いなど | ( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ) | <input type="checkbox"/> |

合計 (0~100)



## Q2 その他の物質による反応

水道水中の消毒剤、特定の食品、食品添加物（着色剤・防腐剤・香料等）、カフェイン、アルコール、医療用に使われる化学物質、生物学的アレルギー等に対する反応・症状についてお聞きする項目です。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に○印をつけてください。要領は前ページと同じです。



1. 塩素消毒された水を飲んだとき  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
2. 何か特定の食べ物を食べたとき(キャンディ、ピザ、牛乳、油、てんぷら、肉、バーベキュー、タマネギ、ニンニク、香辛料、調味料、食品添加物、他) (食品名 \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
3. 何か習慣性になってしまい、食べないと体調不良となるような特別な食物があり、それを食べないでいるとき(食品名 \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
4. 食後、一定時間気持ち悪いようなこと  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
5. コーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレート(カフェインを含むもの)を食べると気持ち悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
6. 逆にコーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレートを食べないと気持ち悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
7. ウイスキーボンボンやブランデー・ケーキ等の軽いアルコールを含む飲料や食物で気持ち悪くなる  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
8. 皮膚に触れるもの(繊維もの、メタルの装飾品、アクセサリー、化粧品類など)による反応  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
9. 医療用に使われる物質(抗生物質、痛み止め、胃腸薬、歯の充てん剤、インプラント[人工品の体への埋め込み]、ワクチン、他)を使ったとき (具体的に \_\_\_\_\_)  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )
10. 生物学的にアレルギーを起すもの(樹、草、花粉、ハウスダスト、かび、動物のあか、虫さされ、特定の食物など)によるぜんそく、鼻炎、じんましん、しっしんのようなアレルギー反応  
( 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

合計 (0~100)