

## エンドポイントの発生

### ・エンドポイントに到達した症例の記載について

エンドポイントは2年目以降に報告していただきます。初年度は見本として載せてあります

エンドポイントを裏付ける証拠書類の収集を出来るだけお願いいたします。少なくとも、病院の報告書（退院時のサマリーなど、或いは退院後の紹介状・報告書など）を入手し、コピーを添付してデータセンターに送付願います。この場合、個人情報保護するため、個人名に関しては、抹消してデータセンターに送付願います。これはEKGなどの証拠書類も同じです。

### 1. エンドポイントとなるイベント

下記の医師の判断による各イベントでそれぞれ該当する項目に☑印をつけていただき、また発症日を記入いただいた後、経過についても印をつけて下さい。

- ・腎 症・・・腎症1期・2期の患者様については連続2回測定して下さい。
- ・網 膜 症・・・光凝固、硝子体手術については実施日を記入
- ・神 経 障 害・・・下肢切断術は末梢神経を伴うもの
- ・大血管障害・・・下肢切断術は末梢神経を伴わないもの
- ・歯 周 病・・・担当医師と一緒に行って下さい。  
→医師所見は可能であれば記入して下さい。

### 3. 死亡

- ・死亡の場合、日付を記入し、死因を明記して下さい。  
また、「研究終了届」を記入して下さい。

### 4. 裏付け資料

- ・イベントごとに要求された該当資料をすべて収集し、所定のファイルに入れ、追跡情報とともにデータセンターへお送りください。資料の書式は問いません。

### 研究終了届

- ・最終来院日  
本研究における症例の最終調査日、口頭または文書による連絡を最後に行った日付を記入して下さい。
- ・追跡調査を予定より早く中止した場合  
該当するボックスに印をつけることによりその主な事由を明記して下さい。  
→死亡の場合:死亡日を明記し、適切な裏付け資料を収集して下さい。  
→追跡不能の場合:追跡不能と判断する前に研究責任医師は患者様と連絡をとるあらゆる努力をして下さい。

## 医師の証明

- ・初年度より症例報告書の該当ページに署名および日付を記入して下さい。

## 追跡情報 (2年目記入)

の部分必須項目です。記入もれのないようご注意ください。  
の部分必須ではなく可能であれば、記入(あるいはデータの添付)をしてください。

施設名

施設登録番号

中央登録番号

## 1. エンドポイントとなるイベント

\*裏付け資料をお願いします。

医師の診断	発症日または実施日	経過
<input type="checkbox"/> <腎症1期の患者> 連続2回アルブミン尿の出現 (尿中アルブミン/クレアチニン比が30mg/gCr以上)	年 月 日	
<input type="checkbox"/> <腎症2期の患者> 連続2回顕性蛋白尿の出現 (尿中アルブミン/クレアチニン比が300mg/gCr以上)	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値の2倍以上の上昇	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 透析導入	実施日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 単純・増殖前網膜症から増殖網膜症への進展	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 失明	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 光凝固	実施日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 硝子体手術	実施日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 下肢切断術(末梢神経障害を伴う)	実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 潰瘍あるいは壊疽の出現	年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞*	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 安定狭心症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 入院加療を要する重度の不安定狭心症*	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 入院加療を要する心不全*	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> ASO	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 末梢血管障害	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 下肢切断術*	実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳出血)*	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作(TIA)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 心血管再建術* (冠動脈バイパス術、経皮的冠動脈インターベンション)	実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
<input type="checkbox"/> 末梢血管再建術* (下肢動脈、頸動脈、腎動脈など)	実施日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり

## 追跡情報 (2年目記入)

の部分は必須項目です。記入もれないようご注意ください。  
 の部分は必須ではなく可能であれば、記入 (あるいはデータの添付) をしてください。

## 2. 歯周病におけるエンドポイント

問診による 自覚症状	<input type="checkbox"/> 歯周病による歯の喪失	<input type="checkbox"/> あり ( 本 ) <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 歯肉腫張	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 現在歯数	( 本 )
歯科医所見	歯科受診日	20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 対象歯数	( )本
	<input type="checkbox"/> PD (Probing pocket Depth) 4mm以上の部位数	( )部位
	<input type="checkbox"/> CAL (Clinical Attachment Level) 4mm以上の部位数	( )部位
	<input type="checkbox"/> BOP (Bleeding on Probing) 陽性部位数	( )部位
	<input type="checkbox"/> オルソノバントモによる最大の歯槽骨吸収度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

## 3. 死亡

死亡日	20 年 月 日	→「研究終了」届を記入すること
主要死因	<input type="checkbox"/> 心血管イベント* <input type="checkbox"/> 脳血管イベント* <input type="checkbox"/> その他のイベント* <input type="checkbox"/> 死因不詳	
*理由を 記入ください		

## 4. 裏付け資料:下記イベントを判定するため、該当イベントの裏付け資料をすべて収集してください

症例報告書のページに貼付した裏付け資料に☑印をつけること

心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 心筋マーカーの測定値 (イベント中および退院時のもの)
入院加療を要する重度の不安定狭心症	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影の報告書	<input type="checkbox"/> 心電図
入院加療を要する心不全	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 超音波検査、X線検査の報告書	<input type="checkbox"/> 薬歴簿
下肢切断術	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
脳卒中	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> CTスキャン、およびMRIの報告書の双方または一方	
心血管再建術 (冠動脈バイパス術、経皮的冠動脈インターベンション)	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
末梢血管再建術 (下肢動脈、頸動脈、腎動脈など)	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
死亡	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 剖検報告書	<input type="checkbox"/> 死亡診断書

## 研究終了届

最終来院日 20 年 月 日

追跡調査期間の満了

または

追跡調査を予定より早く中止した場合 ※追跡不能の場合、追跡不能と判断する前に、研究責任医師は患者と連絡を取るあらゆる努力をして下さい。

研究責任医師の判断

死 亡 20 年 月 日 ※死亡情報を記入し、追跡調査のページに列記された裏付け資料を収集すること。

追 跡 不 能

その他の理由。理由を明記すること：

## 医師の証明 ※必ずご署名願います。

記録データは正確かつ完全に、また原情報に忠実に記入されており、本症例報告書のデータ記入は医師本人によりまたは医師の監督の下に行われたということを証明する。

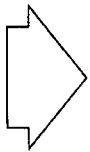
医師の署名 \_\_\_\_\_ 20 年 月 日

眼底写真

両眼1眼ずつ、あるいは1眼4方向ポラロイド写真

口腔検査報告書

オルソパントモ写真



封入口

# 網膜症調査票

(眼科医記入用)

- ・眼科調査票のご記入をお願いいたします。
- ・可能であれば、眼底写真はボラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付して下さい。  
(さらに出来れば1眼4方向の撮影をお願いします。中央で判定を行って画像のクオリティのチェックとともに、国際分類に準じたグレーディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。)

フリガナ 患者氏名	生年 月	昭和	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
患者ID	データ採取日 20 年 月 日							

5. 網膜症指標							
①眼底写真		(可能であれば 両眼1眼ずつ、あるいは1眼4方向の眼底写真)				<input type="checkbox"/> あり(別添)	<input type="checkbox"/> なし
②眼科医所見		実施年月日 20 年 月 日					
視力・前眼部所見		右眼			左眼		
矯正視力		X	D		X	D	
虹彩ルベオーシス		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
白内障(視力に影響する程度)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手術済	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手術済
眼底所見	単純網膜症	毛細血管瘤・出血			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		硬性白斑			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		軟性白斑			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
増殖前網膜症	網膜内細小血管異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	静脈異常(数珠状拡張)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
増殖網膜症	新生血管	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	増殖膜	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	網膜前・硝子体出血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	網膜剥離	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
黄斑病変	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
眼科的処置	網膜光凝固	<input type="checkbox"/> 局所	<input type="checkbox"/> 汎網膜	<input type="checkbox"/> 黄斑	<input type="checkbox"/> 局所	<input type="checkbox"/> 汎網膜	<input type="checkbox"/> 黄斑
	硝子体手術	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他		
	その他の内眼手術	術式			術式		

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

# 神経障害問診票

(患者様記入用)

患者様へ

すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

フリガナ 患者氏名	生年 昭和	年	月	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日

6 神経障害指標	
①神経障害問診票	1. 両足指または両足底部のしびれがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	5. 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感じがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。



# 口腔検査報告書

※可能であればオルソパントモ写真を添付して下さい。

施設名											
施設登録番号						中央登録番号					
生年月日	昭和	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					

データ入力には太枠の中について行います

## 口腔内検査 (現在歯数・検査対象から、智歯は除いてください)

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

未処置  喪失  治療済み

現在歯数	_____	歯
未処置歯数	_____	歯
喪失歯数	_____	歯
治療済み歯数	_____	歯

## 歯周病検査 (Ramfjord teethのみ, Rams: J Clin Periodontol, 1993)

<table border="1"> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td>MB</td></tr> </table> <p>(7) 6</p> <table border="1"> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td>MP</td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD				MB	PD			MP	CAL				BOP				<table border="1"> <tr><td></td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(1) 1</p> <table border="1"> <tr><td>MP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		O	I	II	III											MB					MP															<table border="1"> <tr><td></td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>4 (5)</p> <table border="1"> <tr><td>MP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		O	I	II	III											MB					MP																																												
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																		
BOP																																																																																																																																						
CAL																																																																																																																																						
PD				MB																																																																																																																																		
PD			MP																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																						
BOP																																																																																																																																						
	O	I	II	III																																																																																																																																		
MB																																																																																																																																						
MP																																																																																																																																						
	O	I	II	III																																																																																																																																		
MB																																																																																																																																						
MP																																																																																																																																						
<table border="1"> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td>ML</td></tr> </table> <p>(5) 4</p> <table border="1"> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td>MB</td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> </table>	BOP					CAL					PD				ML	PD			MB	CAL				BOP				Mob	O	I	II	III	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ML</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>1 (1)</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> </table>																ML																				MB						O	I	II	III	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ML</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>6 (7)</p> <table border="1"> <tr><td>MB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> </table>																ML					MB															PD					CAL					BOP					Mob	O	I	II	III
BOP																																																																																																																																						
CAL																																																																																																																																						
PD				ML																																																																																																																																		
PD			MB																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																						
BOP																																																																																																																																						
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																		
ML																																																																																																																																						
MB																																																																																																																																						
	O	I	II	III																																																																																																																																		
ML																																																																																																																																						
MB																																																																																																																																						
PD																																																																																																																																						
CAL																																																																																																																																						
BOP																																																																																																																																						
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																		

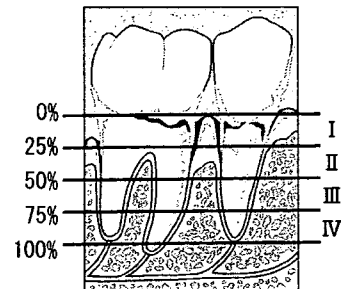
動揺度の分類はMiller (1965)に準じて、該当するものに○をつけて下さい。

BOPはプローブ挿入後30秒以内に出血を認めた部位に+をつけて下さい。

プローブは、CPUNC-15 (Hu-Friedy) の使用を推奨します。検査対象のRamfjord歯が欠損の場合は二重線で消したうえ、かっこ内の代替歯に○をつけて計測を行って下さい。さらに代替歯も欠損の場合は、代替歯も二重線で消して下さい。

## オルソパントモによる歯槽骨吸収所見

骨吸収	_____	_____
	D 7 M D ⑥ M	M ⑥ D M 7 D
	D 7 M D ⑥ M	M ⑥ D M 7 D
骨吸収	_____	_____



骨吸収の判定は、CEJと根尖を基準として、第一大臼歯の近心・遠心部について、25%未満(I)、25-50%未満(II)、50-75%未満(III)、75%以上(IV)の4段階に分類して下さい。第一大臼歯が欠損の場合は、第二大臼歯の測定を行って下さい。欠損の場合は☒と記入して下さい。



# あなたの食習慣についておたずねします

## 最近1か月間の食習慣について、お答え下さい

たくさん質問がありますが、あまり考え込まずに、第一印象でお答えください。

- 質問の内容が難しい場合には、あなたの家庭で食事の準備をおもにしているひとといっしょに考えながら、教えてください。
- すべての質問にお答えください。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。
- 「平均的な1日に食べたごはん」は平均的な1日に食べたごはんの合計です。朝食、昼食、夕食、その他の食事で食べるごはんを足した合計の杯数を教えてください。みそ汁についても同じです。
- 「主食のある朝ごはん」は、「ごはん（おもち、おかゆなどを含む）、パン類、めん類、コーンフレークのいずれかがある朝食」についての質問です。何かを食べたり、飲んだりしても、これらがない朝食の場合は、ここには含めませんので、ご注意ください。
- 記入もれが多い質問は、「牛乳・ヨーグルト」についての2つの質問、「コーヒー・紅茶に入れる砂糖」、「玄米・胚芽米などのごはんの種類」の3つです。忘れないようにしてください。

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、だれも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。あなた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。



担当者記入欄 ・ID1、ID2は必ずご記入ください。  
・IDは、「左詰めでも右詰めでも可」

ID1 施設 登録番号	<input type="text"/>
ID2 中央 登録番号	<input type="text"/>
試験担当 医師名	<input type="text"/>

### 【記入の仕方】

- ・太い黒の鉛筆でご記入ください。
- ・この用紙は機械で読み取ります。文字は枠線にかからないように丁寧に記入ください。

### 数字の記入例

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

### ✓の記入例

- ・枠線の中にある3点を結んでください。
- ・まわりの枠線に線がふれないように記入ください。

良い例  悪い例

### 必ずご記入ください。

性別(✓を記入)	生年月
男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
今日(この質問に答える日)の日付	
平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
身長	体重
<input type="text"/> cm	<input type="text"/> Kg

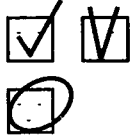
あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？  
もっともあてはまる回答をひとつ選んで、V を記入してください。

枠線の中にある  
3点を結んで  
ください。

良い例



悪い例



コップ1杯くらいの牛乳・ヨーグルト1人前		鶏肉 (挽き肉を含む)	豚肉・牛肉 (挽き肉を含む)	ハム・ソーセージ・ ベーコン	レバー
低脂肪	普通・高脂肪				
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

いか・たこ・ えび・貝	骨ごと食べる魚	ツナ缶 (まぐろの油漬け)	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)	たまご (鶏の卵1個程度)
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

とうふ・厚揚げ	納豆	いも (すべての種類)	漬け物		生(サラダ) レタス・ キャベツ千切りなど (トマトは除く)	トマト・ トマトケチャップ・ トマト煮込み・ トマトシチュー
			緑の濃い 葉野菜	その他すべて (梅干は除く)		
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

料理に使った野菜(漬け物・サラダ以外)						
緑の濃い葉野菜 (ブロッコリーを 含む)	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)	きのこ (すべての種類)	海藻 (すべての種類) (だし用は除く)
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

お菓子・おやつ				果物		
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	アイスクリーム	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
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

マヨネーズ・ドレッシング	パン (おかずパン・菓子パンも含む)	麺類				飲み物	
		そば	うどん・ひやむぎ・そうめん	らーめん・インスタントらーめん	スパゲッティ・マカロニなど	緑茶	
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 毎日1杯
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週4~6杯
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2~3杯
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1杯
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 週1杯未満
							<input type="checkbox"/> 飲まなかった

飲み物				「主食のある朝ごはん」を食べた頻度	「平均的な1日」に食べたごはんのみそ汁	
紅茶・ウーロン茶(中国茶)	コーヒー	コーラ・ジュース(スポーツドリンクも含む)	100%果物ジュース 100%野菜ジュース		ごはん	みそ汁
<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎朝	<input type="checkbox"/> 8杯以上	<input type="checkbox"/> 8杯以上
<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 週に6回	<input type="checkbox"/> 6~7杯	<input type="checkbox"/> 6~7杯
<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 週に5回	<input type="checkbox"/> 5杯	<input type="checkbox"/> 5杯
<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週に4回	<input type="checkbox"/> 4杯	<input type="checkbox"/> 4杯
<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週に3回	<input type="checkbox"/> 3杯	<input type="checkbox"/> 3杯
<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週に2回	<input type="checkbox"/> 2杯	<input type="checkbox"/> 2杯
<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 1杯	<input type="checkbox"/> 1杯
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 週に1回未満	<input type="checkbox"/> 1杯未満	<input type="checkbox"/> 1杯未満
				<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

コーヒー・紅茶には砂糖を入れますか  いつも  ときどき  いいえ

お酒(薬用酒は含めません)						玄米・胚芽米を食べたり、ごはんを麦や雑穀を混ぜて食べることはありますか?								
頻度	1回に飲んだ典型的なお酒の種類組み合わせとその量													
	日本酒	ビール(大瓶で)	焼酎・酎ハイ・泡盛(焼酎・泡盛水割りで)	ウイスキー類(ダブルで)	ワイン(ワイングラスで)									
<input type="checkbox"/> 毎日						<input type="checkbox"/> いつも								
<input type="checkbox"/> 週に6回							<input type="checkbox"/> ときどき							
<input type="checkbox"/> 週に5回	<input type="checkbox"/> 4合以上	<input type="checkbox"/> 4本以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上			<input type="checkbox"/> まれに						
<input type="checkbox"/> 週に4回	<input type="checkbox"/> 3合	<input type="checkbox"/> 3本	<input type="checkbox"/> 3杯	<input type="checkbox"/> 3杯	<input type="checkbox"/> 3杯				<input type="checkbox"/> いいえ					
<input type="checkbox"/> 週に3回	<input type="checkbox"/> 2合	<input type="checkbox"/> 2本	<input type="checkbox"/> 2杯	<input type="checkbox"/> 2杯	<input type="checkbox"/> 2杯					<input type="checkbox"/> 飲まなかった				
<input type="checkbox"/> 週に2回	<input type="checkbox"/> 1合	<input type="checkbox"/> 1本	<input type="checkbox"/> 1杯	<input type="checkbox"/> 1杯	<input type="checkbox"/> 1杯						<input type="checkbox"/> 飲まなかった			
<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 0.5合	<input type="checkbox"/> 0.5本	<input type="checkbox"/> 0.5杯	<input type="checkbox"/> 0.5杯	<input type="checkbox"/> 0.5杯							<input type="checkbox"/> 飲まなかった		
<input type="checkbox"/> 週に1回未満	<input type="checkbox"/> 0.5合未満	<input type="checkbox"/> 0.5本未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満								<input type="checkbox"/> 飲まなかった	
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった									<input type="checkbox"/> 飲まなかった

次のページにもお答えください。

「飲まなかった」場合には、お酒の種類別の質問に答える必要はありません。

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？もっともあてはまる回答をひとつ選んで、V を記入してください。

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〔定食一人前程度の量〕	炒め物	和風の煮物・鍋物・どんぶり物・汁物・みそ汁
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、V を記入してください。

お肉(牛肉や豚肉)の脂身は

- 好んで食べていた
- やや好んで食べていた
- 好きでも嫌いでもない
- あまり食べなかった
- ほとんど食べなかった

魚を使った料理(いか・たこ・えび・貝も含む)

さしみ・すし〔定食一人前程度の量〕	焼き魚	煮魚・鍋物・汁物・みそ汁	てんぷら・揚げ魚〔定食一人前程度の量〕
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

麺類のスープ・汁を飲む量は	家庭での味付けは外食と比べて
<input type="checkbox"/> ほとんど全部	<input type="checkbox"/> 薄口
<input type="checkbox"/> 8割くらい	<input type="checkbox"/> 少し薄口
<input type="checkbox"/> 4～6割	<input type="checkbox"/> 同じくらい
<input type="checkbox"/> 2割くらい	<input type="checkbox"/> 少し濃い口
<input type="checkbox"/> ほとんど飲まなかった	<input type="checkbox"/> 濃い口

食事のときに使うしょうゆ・ソース		外食の定食1人前と、自分が普段食べている量を比べると		食べる速さは
頻度は	量は	おかずの量は	ごはんの量は	
<input type="checkbox"/> 必ず使う	<input type="checkbox"/> かなり多め	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり速い
<input type="checkbox"/> よく使う	<input type="checkbox"/> やや多め	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや速い
<input type="checkbox"/> ときどき使う	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> ほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> ほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> ふつう
<input type="checkbox"/> ほとんど使わない	<input type="checkbox"/> やや少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや遅い
<input type="checkbox"/> まったく使わない	<input type="checkbox"/> かなり少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり遅い

季節によって食べ方が大きくちがう食べ物		
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(柿)	いちご
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

最後にお答えください。			
もっともあてはまる回答をひとつ選んで、V を記入してください。			
この1か月に栄養補助食品を使いましたか	最近、食事習慣を意図的に変えましたか	現在、医師、栄養士、その他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	この質問票におもに答えたひとは
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	はい <input type="checkbox"/> 3年以上前 <input type="checkbox"/> 1～2年前 <input type="checkbox"/> 1年前以内 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 本人
<input type="checkbox"/> 毎日1回			<input type="checkbox"/> 妻
<input type="checkbox"/> 週4～6回			<input type="checkbox"/> 娘
<input type="checkbox"/> 週2～3回			<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 週1回			
<input type="checkbox"/> 週1回未満			
<input type="checkbox"/> 使わなかった			

これで終わりです。ありがとうございました。

# 国際身体活動調査票

## (患者様記入用)

- ・質問票の表紙に書いてある説明をよく読んでから記入を始めて下さい。
- ・あまり考え込まずに、第一印象でおこたえ下さい。
- ・すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。
- ・答えが「ない」の場合は ( ) の中に○をつけて、→矢印の質問へ進んで下さい。

施設名			
施設登録番号	中央登録番号		
生 年 月	昭和	年	月
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女

データ採取日		200	年	月	日
<p>回答にあたっては以下の点にご注意下さい。</p> <p>◆強い身体活動とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。</p> <p>◆中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。</p> <p>以下の質問では、一回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答え下さい。</p>					
1.	平均的な1週間では、強い身体活動(重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか？ 週 ( ) 日 ない( ) →質問3へすすむ				
2.	強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？ 1日( )時間 ( )分				
3.	平均的な1週間では、中等度の身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど)を行う日は何日ありますか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答え下さい。 週 ( ) 日 ない( ) →質問5へすすむ				
4.	中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？ 1日( )時間 ( )分				
5.	平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所から場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。 週 ( ) 日 ない( ) →質問8へすすむ				
6.	そのような日は、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか？ 1日( )時間 ( )分				
7.	通常どのような速さで歩きますか？あてはまるものに○をつけて下さい。 ( )かなり呼吸がみだれるような速さ ( )少し息がはずむような速さ ( )ゆったりした速さ				
8.	毎日座ったり寝ころんだりして過ごしている時間(仕事で、自宅で、勉強中、余暇時間など)についてです。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝ころんでテレビを見たり、といったすべての時間を含みます、なお睡眠時間は含めないで下さい。平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？ 1日( )時間 ( )分				
9.	休日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？ 1日( )時間 ( )分				

1138790

東京都文京区本郷三丁目43番16号

成田ビル4階-B

株式会社シーポック 御中



仮登録用

《②データセンター送付用》在中

科金受取人払郵便

本郷支店承認

292

差出有効期間  
平成20年12月  
31日まで

施設名
所在地
ご担当医師名

113-8790

東京都文京区本郷三丁目43番16号

成田ビル4階-B

株式会社シーポック 御中



- ・症例報告書
- ・各種調査票

送付用



料金受取人払郵便

本郵便店承認  
292

差出有効期間  
平成20年12月  
31日まで

施設名
所在地
ご担当医師名

## 追跡情報（症例報告書・各種調査票）

### 送付書類のチェックシート

追跡情報送付の期限は原則、仮登録票を受け取ってからの3ヶ月以内で、最終期日は平成20年3月末日までとなっております。

同封する書類に☑チェックを入れ、必要事項をご記入の上、データセンター株式会社シーポックまでお送り下さい。ご協力ありがとうございました。

青色のケースファイルに入れて送付下さい。  
一枚の封筒に複数の症例報告書を入れて送付することが可能です。

1. 症例報告書・・・必須

\*最後のフィルムページ

- ・眼底写真（両眼一眼ずつ）ポラロイド
- ・眼底写真（一眼4方向）ポラロイド
- ・口腔検査報告書
- ・オルソパントモ写真

必須ではありません

2. 国際身体活動調査票

3. 食事調査票

4. 送付書類のチェックシート・・・必須

送付日：	平成      年      月      日
ご施設住所：	〒
ご施設名：	
ご所属科(部)名：	
DM 代表者名：	
ご回答者名：	
電話番号：	
F A X：	
備 考：	



# 資料 3

## JDCP study

研究促進関係書類

日本糖尿病学会指導医 各位  
日本腎臓学会指導医 各位

平成19年4月25日

糖尿病データベース構築委員会  
委員長 小林 正  
(富山大学附属病院病院長)

**糖尿病学会が行うデータベース構築のための前向き大規模研究への参加のお願い**

拝啓

春暖の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

8月に一度ご案内させていただいておりました、糖尿病データベース構築の大規模研究がいよいよスタートすることになりました。先生方からいただきましたアンケートを参考にし、出来るだけ記入を簡素化いたしましたので、同封の書類をご覧くださいたく存じます。

つきましては、先生の施設で登録患者を何名ほどお願いできるか、添付の回答用紙にご記入いただき、5月11日までにFAXにて日本糖尿病学会事務局宛にご返事いただけましたら幸甚です。ご協力いただくお仕事は、年1回の通常診療のデータの記入と患者さんへのアンケートが主であります。なるべく多くの患者さんの登録をお願いし、この学会事業が成功し、医療の質の向上に資することを期待するところであります。

糖尿病による合併症の頻度、特に、下肢切断、失明などの詳細はまだ明らかにされていないのが実情であり、合併症や糖尿病治療に関する患者データを収集し、合併症の頻度や、治療による影響を解析し、これからの糖尿病治療のあり方を示す研究となっております。

本研究の糖尿病患者1万症例のデータベース構築には追跡情報を含め、出来るだけこれからの大規模前向きのコホート研究などの標準的なものになるように、日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本糖尿病眼学会、日本歯周病学会の4学会の専門家の総力をあげて、ベストとなるプロトコルを構築し、現在の日本で大きな問題となっている糖尿病の実態の調査、及び治療のあり方に十分な資料となるデータの収集を行なうことを主眼としております。

研究対象者とする患者は全国大学病院、基幹病院および診療所にて治療を受けている40歳以上75歳までの糖尿病患者とし、他のこの種の疫学研究の入力項目の標準となるようなものにし、適切な治療法のガイドラインの基礎となるデータや糖尿病治療の医療費のあり方に関する基礎的資料が得られることと思えます。

学会中にも展示ブースなどで、パンフレットなどで参加の呼びかけをいたしますので、学会員の方々の積極的な参加をお願い申し上げます。

敬具

## 糖尿病データベース構築委員会

委員長：小林 正

委員：堀田 饒、岩本安彦、田嶋尚子、山田信博、門脇 孝（日本糖尿病学会）  
榎野博史（日本腎臓学会）  
北野滋彦（日本糖尿病眼学会）  
野口俊英（日本歯周病学会）  
吉池信男（疫学専門特別顧問）

## 委員会ワーキンググループ：

腎 症；羽田勝計、古家大祐  
網 膜 症；山下英俊、佐藤幸裕  
神 經 障 害；中村二郎、安田 斎、馬場正之  
大血管障害；山崎義光、宇都宮一典  
食 事 療 法；津田謹輔  
運 動 療 法；曾根博仁  
疫 学；西村理明  
歯 周 病 学；稲垣幸司  
研究事務局；山崎勝也

## 添付

1. 糖尿病データベース協力アンケート回答用紙
2. 研究計画書
3. 症例報告書

## ■アンケート提出先

日本糖尿病学会 事務局

FAX : 03-3815-7985 (今回は通常のFAX番号1回線だけとなります)

回線が込み合うことがありますので、その場合はお手数ですが時間を  
おいて再度送信下さいますようお願い申し上げます。

TEL : 03-3815-4364 FAX : 03-3815-7985

(送信の際は裏表を間違えないよう、ご確認下さい)

- ※ 日本腎臓学会指導医へは前回協力いただけると回答いただいた方々にお送りしております。
- ※ 日本糖尿病学会指導医へは前回の回答の有無・内容にかかわらず、また昨夏以降に該当となった方々にもお送りしております。前回の回答にかかわらず、できるだけ多くの方にご参加いただきたくお願い申し上げます。

### 糖尿病データベース協力アンケート回答用紙

病院名 : .....

代表者名 : .....

病院住所 : .....

アンケート回答者名 : .....

電話番号 : .....

FAX 番号 : .....

メールアドレス : .....

科名 : .....

病床数 : .....

全糖尿病患者フォロー数 : 約 ..... 名

眼科の有無 : [ あり ・ なし ]

眼底4 方向撮影\* [ 可 ・ 不可 ]

歯科の有無 [ あり ・ なし ]

パノラマ撮影\* [ 可 ・ 不可 ]

口腔検査報告書\* [ 可 ・ 不可 ]

※ [ ] 内はいずれかに○印をつけて下さい。

\* 必須項目ではありません。可能であればお願いします。

食事調査票 (3 ページ) \* [ 可 ・ 不可 ] ←今回別紙は添付していません

国際身体活動調査票 (1 ページ) \* [ 可 ・ 不可 ] ←今回別紙は添付していません

登録可能患者数 : ..... 名

■備考 : (質問、連絡事項など)

.....  
.....  
.....