

## 研究目的

1万例糖尿病患者、5年間のhistorically prospective studyの目的は「日本に於ける糖尿病患者の合併症発症の実態を調査し、種々の糖尿病管理・治療が合併症の発症を如何に抑制するかを、明らかにするために行い、拠って糖尿病治療のあり方の根拠となるデータを得、3年目で中間結果を解析し、5年でデータを取りまとめ、糖尿病治療のガイドラインへの提言とすること」である。必要性及び期待される成果については下記のとおりである。

1. 現在の糖尿病患者の合併症の実態を明らかにし、現在の日本における医療による合併症の抑制の程度を明らかにし、糖尿病患者の標準的な病態・経過・予後の基礎的なデータを供給する。
2. 種々の治療や管理による合併症に対する効果を分析し、糖尿病の合併症の一次及び二次予防に対して、どのような治療が最も効果的であるかを明らかにすることにより、糖尿病治療の標準的治療となるガイドライン作成の基礎となるデータを提示する。
3. 各種治療の費用対効果から見た分析から、最も効果的で患者の予後や生活の質の向上に寄与する診療のあり方を明らかにし、糖尿病の管理における医療経済的観点から見た効果的治療に対する基礎データとする。

## 2年目の追跡報告について

### ・基点

初年度登録した報告書の5ページ目右上にある「データ採取日」を基点とした1年後に2年目の報告が始まります。症例毎に月単位にて報告の案内、および症例報告書をお送りいたします。

### ・基点から10ヶ月目

施設の代表医師あて次年度の症例の報告期間、および担当医師の確認がありますので、代表医師の交代があった場合は、データセンターへお知らせください。

### ・基点から11ヶ月後

次年度の症例報告書を施設の研究担当代表医師あてにお送りいたします。

### ・報告期間

試験担当医師は、基点の1年後となる月の前後3ヶ月、計6ヶ月以内（基点からおおよそ10ヶ月目から15ヶ月ほどまで）にデータ採取していただきます。

症例毎の報告月や期限については別紙案内書類にてご確認ください。

## 2年目追跡報告の予定表

### 1年目の登録 H19年から開始の場合

登録月	H19年			H20年												H21年			報告期限						
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月		12月	1月	2月	3月		
H19年6月	●																								H20年9月
H19年9月				●																					H20年12月
H19年12月							●																		H21年3月

### 1年目の登録 H20年から開始の場合

登録月	H20年												H21年											報告期限	
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月			
H20年3月		●																							H21年6月
H20年6月					●																				H21年9月

\*1年目登録の10ヶ月に2年目の症例報告書が送られてきます。  
\*報告期限の1ヶ月前より報告の進捗状況のお問い合わせがあります。  
\*報告期間が過ぎた場合は、催促状をお送りさせていただきます。

#### ・症例報告書類の送付

データ採取および記入が終わりましたら、できるだけ早めに症例報告書および、その他証拠書類を専用封筒に入れてデータセンターへお送りください。また、書類等には、個人情報保護のため患者個人名が抹消されていることをご確認願います。

#### ・報告完了

データ記載に不備があった場合は、データセンターより、電話、FAX、E-Mailなどにてご連絡させていただく場合があります。

#### ・その他

患者様から辞退の申し出があった場合は、症例報告書の10ページにある「研究終了届」の☑その他の理由に「患者様辞退のため」というように理由を記入してください。

また、やむ終えず何らかの理由で研究継続が困難となった場合についても同様に理由を記入し、速やかにデータセンターへ症例報告書を送付してください。

### 3年目の追跡報告の予定

2年目同様に行います。2年目の症例報告書4ページ目のデータ採取日の1年後を目安にしてください。

### 表紙「実施医療機関情報」の記入について

・本書の表紙にある「実施医療機関情報」を必ず記入していただきます。

の部分は**必須**です。記入もれのないようお願いいたします。

の部分は別紙「送付状」をつけない場合は必ず記入してください。

・基本的に、すべての項目の情報が必要となりますが、一度に複数の症例報告書をデータセンターへ送付される場合には、青色の施設登録番号、中央登録番号、試験担当医師の署名の欄のみを記入し、別紙「送付状」にその他の必要事項を記入の上、データセンターへ送付することも可能です。

2年目はカバーとなっているピンクのファイルはデータセンターへお送りいただく必要はありません。

ご自由にお使いください。

・必要事項はゴム印やシール等にてご対応いただくことも可能ですが、その場合は、必ず試験担当医師の捺印が必要となります。

・試験担当医師の署名は実筆であれば捺印の必要はありません。担当医師以外の方が記入される場合は必ず捺印をお願いいたします。

### エンドポイントの発生および証拠書類について

・2年目よりエンドポイントの発生についても報告していただきます。

・エンドポイントとなるイベントが発生した場合は、裏付けする証拠書類の提出をお願いいたします。

・大血管のエンドポイントについては、必ず循環器専門医や主治医から所見を含めた報告書のコピーを収集してください。（心電図・造影カテーテルなど、10ページにある4.裏付け資料の該当イベントの資料を収集してください。）

### 追跡情報の記入について

●各項目にご記入または該当するところに☑印をつけてください。

●追跡情報調査票は必ず、黒のボールペンをうい適度な筆圧で記入して下さい。

●英語は大文字で、はっきりと記入して下さい。

●修正について

修正を行う場合は、一重取り消し線で誤記部分を消し、正しいデータを近くに記入して下さい。修正液を使用しないで下さい。

## 追跡情報(2年目)

### ■ 各項目のデータ採取について ■

#### 患者様の受診について

- ・検査はすべて保険適応内です。

#### 2年目症例報告書のデータ採取

- ・1年目の症例報告書5ページ目、右上にあるデータ採取日を基点とした1年後の前後3ヶ月以内、計6ヶ月以内でデータを採取していただきます。
- ・各項目のデータは、できるだけ3ヶ月以上の開きがないようにしてください。

#### 3.腎臓、4.心電図、5.網膜症などの検査

- ・年1回や2回と決められている場合は、すべての項目が半年以内に収まるようにデータを採取してください。原則、3~4ヶ月以内のデータです。

#### 4ページ、6ページの右上、データ採取日

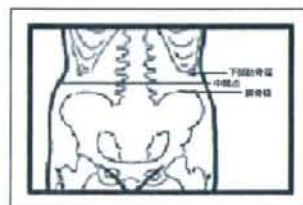
- ・4ページ目は血液検査の脂質検査日にしてください。
- ・6ページ目はおおよそページが埋まった日を採取日としてください。

## 1.身体所見

### ②ウエスト周囲径

#### ウエスト周囲径測定の手引き

- 症例を立たせ、腕を両側に下げる、または腕を交差させ手を肩の上に乗せる。
- 自然な呼気の終期に測定する。
- 症例が腹筋を引き締めていることが疑われる場合、測定者は症例と会話し注意をそらしてもよい。
- 測定位置は下記を参照のこと。ウエストは下部肋骨端と腸骨稜の間時点で、センチメートル(cm)単位で測定する。最下肋骨と腸骨稜の間点を定める。メトリックテープを水平にしっかり保持し、ウエストを1周させる。



## 2.血液検査

- ・脂質の⑧LDL-コレステロール、⑨HDL-コレステロール、⑩総コレステロールは必須項目です。⑪空腹時トリグリセリドは可能であれば採取、記入ください。
- ・保険適応の関係で一度に⑧~⑩のうち、2種類と限定されてしまう場合は、3ヶ月以内で次回採取してください。

## 3.腎症指標

- ③尿アルブミン/クレアチニン比の2回目測定は、保険適応内で測定となりますので、1回目測定の2~3ヶ月後となる場合もあります。
- ④3期・4期のみ記入(随時尿)尿タンパク/クレアチニン比はg/gCrで出してください。  
尿タンパク(mg/dl) / 尿クレアチニン(mg/dl) = 尿タンパク/クレアチニン比(g/gCr)になります。

## 5.網膜症指標

- ・別添「眼科医記入用」を眼科医に記入していただいた場合は、確認しながら転記してください。

### ①眼底写真

可能であれば、眼底写真はポラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付してください。(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イディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。)

## 追跡情報 (2年目)

の部分は必須項目です。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。

データ採取日(血液) 20 年 月 日

### 1. 身体所見

①体 重	kg
②ウエスト周囲径	cm
③血 圧	/ mmHg

### 2. 血液検査

①血 糖	mg/dl (食後 時間)
②空腹時血糖	mg/dl
③空腹時IRI (インスリン注射の無い場合)	μU/ml
④HbA <sub>1c</sub>	%
⑤血清クレアチニン	mg/dl
⑥血清シスタチンC	ng/ml
⑦血清アルブミン	g/dl
⑧LDL-コレステロール	mg/dl
⑨HDL-コレステロール	mg/dl
⑩総コレステロール	mg/dl
⑪空腹時トリグリセリド	mg/dl
⑫高感度CRP	mg/dl

### 3. 腎症指標

①尿蛋白(定性)	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+/-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++)
1期・2期のみ記入	
②(随時尿)1回目測定 尿アルブミン/クレアチニン比	mg/gCr
1期・2期のみ記入	
③(随時尿)2回目測定 尿アルブミン/クレアチニン比	mg/gCr
3期・4期のみ記入	
④(随時尿) 尿タンパク/クレアチニン比	g/gCr

### 4. 心電図

- 正常範囲内  
ST-Tの異常  
異常Q  
心房細動  
その他異常心電図  
 ( )

### 5. 網膜症指標

①眼底写真 (可能であれば 両眼1眼ずつ、あるいはさらに1眼4方向を追加した眼底写真) あり(別添) 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	<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	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	増殖前網膜症	軟性白斑 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		増殖網膜症	静脈異常(数珠状拡張) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 新生血管 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 増殖膜 <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 網膜剥離 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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	<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

## 6. 神経障害指標

### ② アキレス腱反射/アキレス腱反射のとり方

用具:打腱器は打腱部が十分に重いものを用いること(クイーンスクエア型、バビンスキー型などが望ましい)。

姿勢:壁の傍に置いた椅子またはベッド上で壁に向かって膝立位をとらせ、足部を外縁から出す。両腕を伸展し壁にあて、安定した姿勢をとらせ、体の重心が膝にかかるように配慮する。

手技(アキレス腱叩打):足首関節がリラックスしていることを確認し、足底を軽く押してアキレス腱を伸展し、打腱器を振り下ろす。

判定法:「減弱・消失」が分かりにくいときは、肘関節と背筋を伸展するよう患者に合図を出し、その瞬間に叩打する(Jendrassikの増強法)。増強法をとっても反射が見られない場合を「消失」とする。

スコアリング:[正常=0][減弱=0.5][消失=1]

### ③ 振動覚(C128)/下肢内果の振動覚

用具:アルミ製C128音叉。

手技:十分に強い叩打で振動したアルミ製C128音叉を内果にあて、叩打した瞬間から感じなくなるまでの時間を測る。

判定法:正常(C128:10秒より長い)、軽度低下(10秒以下5秒以上)、高度低下(各々5秒未満)

スコアリング:[正常=0][軽度低下=0.5][高度低下=1]

### ④ 痛覚検査/下肢痛覚

用具:一方が尖った爪楊枝または竹串

手技:爪楊枝または竹串は親指と人差し指でつまむように持ち、足親指側面、足首部(内果とアキレス腱の間)、および下肢中央部内側面の皮膚に、爪楊枝/竹串の先端および鈍端を順に軽く押し付ける。皮膚を傷つけないよう、気をつけること。

判定法:各検査部位で先端の鋭利感と鈍端の圧触感覚とを区別できるかどうかをたずねる。具体的には「どちらが尖っていたか、チクリとしたか」を問う。区別できない場合を「痛覚低下」とする。

スコアリング:[正常=0][足指のみ=0.5][足首まで=1][下肢中央まで=1.5]

## 7. 歯周病

### ① 歯周病問診票

- 別添「歯周病問診票」を患者様に記入していただいた場合は、患者様に記入内容を確認しながら、こちらの症例報告書に転記してください。

### ② 歯科医所見

- 可能であれば、別添「口腔検査報告書」とオルソパントモ写真を添付してください。

口腔検査報告書

オルソパントモ写真



※オルソパントモ写真は口腔検査報告書の左下にある「オルソパントモによる歯槽骨吸収所見」の記載があれば、データセンターへ送付の必要はありません。

## 8. 糖尿病治療情報

### ① 食事療法

栄養士などによる指導が行われているかどうか

- \*別紙:食事調査票(BDHQ)については可能であれば患者様に診療の待ち時間などを利用して記入していただいで下さい。

### ② 運動療法

医師などによる指導者のもと運動指導が行われているかどうか

- \*別紙:国際身体活動調査票(IPAQ)については可能であれば患者様に診療の待ち時間などを利用して記入していただいで下さい。

### ⑩ その他の薬剤

(十)の場合は右の項目についても詳しい情報に☑印をつけて下さい。またジェネリックの場合はそれに該当する薬剤名をその他へ記入して下さい。

この部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。  
 こ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。

## 追跡情報（2年目）

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？ あり 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？ あり 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？ あり なし

4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？ あり 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？ あり なし

②アキレス腱反射 右：正常 減弱 消失 左：正常 減弱 消失

③振動覚(C128) 右：(秒数を記入) 秒 左：(秒数を記入) 秒

④痛覚検査 (爪楊枝または竹串使用) 右：正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下  
 左：正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下

⑤CVF/R %

### 7. 歯周病

①歯周病問診票

1. この1年間に歯を抜かれましたか？(自然に歯が抜けたものをきめる) 抜いていない 抜いた[ 本]

2. 現在、ご自分の歯は何本ありますか？(鏡などを使って数えるか、歯科治療中の方は歯科医にお尋ねください。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後(金属冠など)の歯も含めて数えてください) [ 本]

3. 歯ぐきが腫れることがありますか？ あり なし

4. 一日に何回くらい歯みがきをされますか？  
毎日はいらない 1日1回 1日2回 1日3回 1日4回以上

5. 歯間部清掃用具(糸ようじ、歯間ブラシなど)をどのくらいの頻度で使用しておられますか？  
ほとんど使用しない 月に1~3回 週に1~2回 週に3~4回 週に5回以上(ほとんど毎日)

6. 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか？  
ほとんどしない 年に1~2回 年に3~5回 年に5回以上

②歯科医所見 口腔検査報告書(別添) 実施年月日 20 年 月 日  
オルソパントモ写真(別添)

### 8. 糖尿病治療情報

①食事療法 管理栄養士などによる指導 あり なし [ 遵守状況/ 優 良 可 不可 ]  
 食事調査票(別紙)BDHQ あり なし

②運動療法 医師などの指導者による運動指導 あり なし [ 遵守状況/ 優 良 可 不可 ]  
 国際身体活動調査票(別紙)IPAQ あり なし

③経口血糖降下薬 SU薬 グリニド薬 α-GI ピグアナイド薬 チアゾリジン薬  
 ●服薬コンプライアンス [ 10割服薬 8割 5割以下 ]

④インスリン療法 1回 2回 3回 4回 5回以上 CSII  
 合計単位 単位/日

⑤SMBG (+)(-)

⑥降圧薬 ACEI ARB CCB 利尿薬  
α-blocker β-blocker その他( )

⑦抗高脂血症薬 スタチン系 フィブラート系 その他( )

⑧抗血小板薬 アスピリン シロスタゾール(プレタール®) 塩酸チクロピジン(パナルジン®)  
硫酸クロピドグレル(プラビックス®) その他( )

⑨ARI (+)(-)

⑩その他の薬剤 (+)炭素(クレメジン) ジピリダモール(ベルサンチン) EPA(エパテル) その他( )  
(-)

## エンドポイントの発生

- エンドポイントは2年目から報告していただきます。
- エンドポイントが発生した場合は、医師の判断の該当イベントに☑印をつけ、発症日または実施日と経過日についても☑印や詳細を記入してください。
- 2年目の追跡開始時に(2年目の症例報告書を受け取った時点)すでにエンドポイントを向かえていた場合は、向かえた時点の発症日・実施日、経過について記入してください。  
4ページ、6ページの追跡情報については、症例毎に2年目の報告期間内でデータを採取し、報告していただきます。
- エンドポイントの発生を裏付ける証拠書類の収集をでき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、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へ送付願います。
- ある臓器のエンドポイントを向かえた場合でも研究はそれで終わりではなく、それ以外のイベントのエンドポイントについても観察していきますので、追跡を続けてください。
- 死亡した場合は研究終了となります。10ページ目の「3.死亡」と「研究終了届」を記入してください。
- 大血管障害のエンドポイントについて  
循環器専門医や主治医からの所見を含めた報告書のコピーをつけてください。(心電図・造影カテーテルなど) 詳しくは、10ページ目の「4.裏付け資料」をご確認願います。
- 個人情報保護のため、裏付け資料などの患者個人名は抹消してください。心電図、レントゲンなどの証拠書類についても同じです。

- ・腎 症・・・腎症1期・2期の患者様の検査については連続2回測定してください。
- ・網 膜 症・・・光凝固・硝子体手術については、実施日を記入してください。
- ・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・・・問診は歯科医と一緒に行ってください。医師所見は可能であれば、記入してください。

# エンドポイント 追跡情報 (2年目)

この部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。  
こ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。

## 1. エンドポイントとなるイベント

医師の診断		発症日または実施日		経過		
腎	<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)	1回目 20	年 月 日	→	2回目 20	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)	1回目 20	年 月 日	→	2回目 20	年 月 日
症	<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値の2倍以上の上昇	20	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 透析導入	実施日 20	年 月 日			
網 膜 症	<input type="checkbox"/> 単純・増殖前網膜症から増殖網膜症への進展	20	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 失明	20	年 月 日			
神 経 障 害	<input type="checkbox"/> 光凝固	実施日 20	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 硝子体手術	実施日 20	年 月 日			
神 経 障 害	<input type="checkbox"/> 下肢切断術(末梢神経障害を伴う)	実施日 20	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 潰瘍あるいは壊疽の出現	20	年 月 日			
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞*	20	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*	20	年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 死亡	
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> 入院加療を要する重度の不安定狭心症*	20	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*	20	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	
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> ASO*	20	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*	20	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	
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> 下肢切断術*	実施日 20	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)*	20	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	
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作(TIA)*	20	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 20	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	
大 血 管 障 害	<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 20	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	

\* 大血管障害の裏付け資料をお願いします。⇒10ページの「4.裏付け資料」をご参照ください。



## エンドポイントの発生

### 2. 歯周病におけるエンドポイント

- ・問診は歯科医と一緒に行ってください。医師所見は可能であれば、記入してください。

### 3. 死亡

- ・死亡の場合は、研究終了となります。日付および死因を明記し、「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、本書最後のページにあるフィルムページに入れ、データセンターへお送りいただきます。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。

## エンドポイント 追跡情報 (2年目)

の部分は**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"/> オルソパ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」を記入してください
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 <small>(イベント中および退院時のもの)</small>	<input type="checkbox"/> 心筋マーカーの測定値
安定狭心症	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他 (          )	
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	<input type="checkbox"/> 薬歴簿	
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
ASO	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他 (          )	
末梢血管障害	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他 (          )	
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	
一過性脳虚血発作 (TIA)	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他 (          )	
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ください。

研究責任医師の判断

死          亡          20          年          月          日 ※死亡情報を記入し、4.裏付け資料を添付してください。

追    跡    不    能

その他の理由。理由を明記してください:

# JDCP study

年次共通アンケート類

# 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、眼底写真はポ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	生年	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	月			別	<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、あるいはさらに1眼4方向を追加した眼底写真)  あり(別添)  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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		硬性白斑	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		軟性白斑	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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	
		新生血管	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
増殖網膜症		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	生	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	月	日	別	<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
- 両足指または両足底部のしびれがありますか？ あり なし
  - 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？ あり なし
  - 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？ あり なし
  - 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？ あり なし
  - 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？ あり 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。

# 歯周病問診票

## (患者様記入用)

### 歯周病問診票

#### 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。

#### 歯科医様へ

- 患者さまに記入内容を確認して下さい。

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

### 7. 歯周病

①歯周病問診票

1. この1年間に歯を抜かれましたか？(自然に歯が抜けたものを含める)  
 抜いていない  抜いた[ 本]

2. 現在、ご自分の歯は何本ありますか？(鏡などを使って数えるか、歯科治療中の方は歯科医にお尋ねください。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後(金属冠など)の歯も含めて数えてください。)  
 [ 本]

3. 歯ぐきが腫れることがありますか？  あり  なし

4. 一日に何回くらい歯みがきをされますか？  
 毎日はない  1日1回  1日2回  1日3回  1日4回以上

5. 歯間部清掃用具(糸ようじ、歯間ブラシなど)をどのくらいの頻度で使用しておられますか。  
 ほとんど使用しない  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5回以上(ほとんど毎日)

6. 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか？  
 ほとんどしない  年に1~2回  年に3~5回  年に5回以上

②歯科医所見

口腔検査報告書(別添)  
 オルソパントモ写真(別添) 実施年月日 20 年 月 日

※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

施設名	データ採取日	20	年	月	日
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

データ入力は大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）

Mob O I II III BOP CAL PD ( 7 ) 6 PD CAL BOP	MB MB MP MP PD CAL BOP	O I II III O I II III O I II III ( 1 ) 1 MP MP PD CAL BOP	Mob O I II III BOP CAL PD 4 ( 5 ) PD CAL BOP	MB MB MP MP PD CAL BOP	Mob O I II III BOP CAL PD 6 ( 7 ) PD CAL BOP
---	--	---	---	--	---

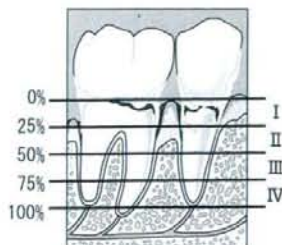
動揺度の分類はMiller (1965)に準じて、該当するものに○をつけて下さい。

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-Friedly)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、かつこの代替歯に○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													
	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。欠損の場合は図と記入して下さい。

# 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ね。

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、答えてください。

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答えてください。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。



### 【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

**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	
ID2 中央 登録番号	
試験担当 医師名	

### 必ずご記入ください。

<b>性別(✓を記入)</b> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	<b>生年月</b> 昭和 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 月
<b>今日(この質問に答える日)の日付</b> 平成 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 日	
<b>身長</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> cm	<b>体重</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" 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"/> 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"/> 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)	
			緑の濃い 葉野菜	その他すべて (梅干は除く)	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
<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)					きのこ (すべての種類)	海藻 (すべての種類) (だし用は除く)
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)		
<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"/> 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

頻度	お酒(薬用酒は含めません) 1回に飲んだ典型的なお酒の種類の数と組み合わせとその量					玄米・胚芽米を食べたり、ごはんには麦や雑穀を混ぜて食べることはありますか?
	日本酒	ビール(大瓶で)	焼酎・酎ハイ・泡盛(焼酎・泡盛水割りで)	ウィスキー類(ダブルで)	ワイン(ワイングラスで)	
<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 週に6回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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"/> いつも
<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"/> ときどき
<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"/> まれに
<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"/> いいえ
<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"/> 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	

↑ 「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

種類のスープ・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、食事習慣を意識的に変えましたか	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	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 本人
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 3年以上前	<input type="checkbox"/> 妻
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 1~2年前	<input type="checkbox"/> 娘
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 1年前以内	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満		
<input type="checkbox"/> 使わなかった	<input type="checkbox"/> いいえ		

これで終わります。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                       男                       女

データ採取日                      200   年                      月                      日

回答にあたっては以下の点にご注意下さい。

- ◆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。
- ◆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。

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。

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(工作中、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