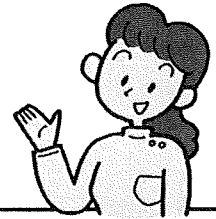


あなたの最近1か月の食習慣について  
 についておたずねしました

個人結果  
 サンプル

様

たくさんの質問にお答えいただきましてありがとうございました。  
 これからの健康維持・増進に役立てていただけるように、簡単な結果【あなたの食事・  
 栄養の特徴】を作りました。ただし、結果はあくまでも目安とお考えください。



100%

【結果の見方】

健康な食習慣を守るための基本になる食べ方について考えてみました。それぞれの項目について、

- 青信号：現在のままの食事を続けることをお勧めします。
  - 黄色信号：他の項目とのバランスを考えながら、少し気をつけていただきたい項目です。
  - 赤信号：この項目を中心にした食習慣の改善を目指していただきたい項目です。
- の3種類で示しました。黄色信号や赤信号がついている場合には、それぞれの項目の注意書きをご覧ください。

	こんな病気に気をつけましょう。 ( )内はまだじゅうぶんには明らかでないものです。	こんな食べ物や食べ方に注意しましょう。
エネルギーのバランスは取れていますか？ ● 摂取/必要エネルギー比 26%超過	肥満・やせすぎ・心筋梗塞・糖尿病	極端な食事制限や暴饮暴食は長い目でみるとあなたの健康に大きな影響を及ぼします。あなたの必要なエネルギー(カロリー)に見合った食事を取るようにしましょう。なお、結果は質問票への答え方によっても影響を受けます。注意深いエネルギー(カロリー)摂取が必要なひとは専門家に相談するようにしてください。
アルコールを飲みすぎではありませんか？ ● 4.8合	口・喉のがん・脳卒中・事故	お酒の飲みすぎは種類にかかわらず健康に良くありません。1日に平均して日本酒にして1合、ビールで大ビン1本弱までにとしましょう。
脂質を取りすぎではありませんか？ ●	心筋梗塞などの循環器疾患、(乳がん)	極端に制限をする必要はありませんが、少なめにすることが勧められます。料理に使う油(揚げ物や炒め物)、調味料(マヨネーズやドレッシング、バターやマーガリン)、肉の脂身、高脂質乳製品、洋菓子に多く含まれます。
飽和脂肪酸 ●	<p style="text-align: center;"><b>栄養の調査票にお答えいただいた場合、このような結果【あなたの食事・栄養の特徴】を後日お送りいたします。</b></p> <p style="text-align: center;">(栄養の調査票をお出しただいてから2か月以内にお送りします)</p>	
コレステロール ●		
食塩を取りすぎではありませんか？ ● 363mg	心筋梗塞などの循環器疾患	控えることが勧められます。卵や魚、肉類に多く含まれます。
カリウムをじゅうぶんに取っていますか？ ● 2554mg	高血圧・脳卒中などの循環器疾患、(骨粗鬆症)	穀物以外の多くの植物性食品に豊富です。野菜、果物、豆類など、いろいろな食品を食べるようにしたいところです。
カルシウムをじゅうぶんに取っていますか？ ● 494mg	骨粗鬆症	牛乳など乳製品だけでなく、とうふや納豆などの豆製品、野菜にも豊富です。骨ごと食べるさかなもお勧めです。
鉄をじゅうぶんに取っていますか？ ● 9mg	貧血	穀類を除くほとんどの食品に含まれます。好き嫌いせずにいろいろな食品を食べることがたいせつです。加工食品に少ない傾向がありますのでご注意ください。
ビタミンCをじゅうぶんに取っていますか？ ● 132mg	高血圧・脳卒中などの循環器疾患、(胃がん)	果物、野菜、いも類に豊富ですが、熱や水洗いに弱いため料理方法に気をつけましょう。
カロテンをじゅうぶんに取っていますか？ ● 2592mcg	(いくつかの種類のがん)	にんじん・青菜など、緑黄色野菜がほとんどの供給源です。
食物繊維をじゅうぶんに取っていますか？ ● 15.1g	循環器疾患、(糖尿病、大腸がん)	動物由来の食品(乳製品も含む)には含まれません。植物由来の食品には豊富ですが、白米や白いパン・麺類にはあまり含まれません。

☞ 数字はあなたの質問票から計算した結果です。



受付番号

--	--	--	--	--

※係が記入します

--	--	--	--

2920508

公益信託日本動脈硬化予防研究基金の助成による 岩手県北地域コホート研究

## 生活習慣調査の問診票

この研究調査は、市町村が行う保健施策のための資料を収集するとともに、生活習慣および食習慣と脳卒中、がん、心筋梗塞との関係を明らかにするために、久慈市を含む岩手県北地域の方々を対象に実施しているものです。地域の皆さまの生活習慣や食習慣はこの調査票により調べます。今後の地域における生活習慣病の発症や医療、要介護の状況は、病院や役所を対象として調査させていただきます。研究調査で得られた結果は集団のデータとしてのみ解析しますので、今後皆様にご迷惑をお掛けすることはありません。

どうか研究調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

ご協力頂ける方には無料で追加検査\*を行い、後ほど結果をお知らせします。  
わかる範囲で結構ですのなるべくご記入のうえ検診会場にお持ち下さい。

※動脈硬化に関連する追加検査を行います。詳しくは次頁をご参照下さい。

わからない項目については空欄のままでも結構です。当日係員がお聞きします。

研究調査にご協力いただけます方には、研究グループより粗品を進呈いたします。

研究調査への協力は任意です。協力頂けない場合でも健診はいつも通り受診できます。

研究協力を  同意します。  同意しません。

住所 久慈市

---

氏名 (ご署名)

---

(研究協力を同意されない場合、記入する必要はありません)

追加検査では2mlほど多く採血します(新たに針を刺すことはありません)。

追加検査を行ってよろしいでしょうか。 はい  いいえ

追加検査および栄養調査の結果は後日お送りします。

追加検査の内容について詳しくは次頁をご参照下さい。

久慈市健康福祉部

岩手県北地域コホート研究グループ事務局  
岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

01

--	--	--

※係が記入します

## 問診票のご記入方法

選択式の質問は全て1つの回答を選ぶ形式です。

(良い記入の例)

もっともあてはまる選択肢の  の中に  のように印をつけて下さい。

(悪い記入の例)



(他の  にはみ出さないようお願いします)

大きい  は数字でお答え頂く質問です。あてはまる数字をご記入下さい。(良い例)

1	5
	7

### 研究調査に同意される場合

お手数ですが、この問診票および栄養の調査票になるべくご記入のうえご来場下さい。  
今後の地域における生活習慣病の発症や医療、要介護の状況は、病院や役所を対象としてのみ調査しますので、今後、皆様に電話や郵便などで問い合わせることはありません。  
解析は匿名化データでのみ行いますので個人の結果が公表されることもありません。

### 研究調査に同意されない場合

研究調査に協力されない場合、この調査票にお答えいただく必要はありません。  
研究調査に協力されなくても、健康診査の受診上不利になることは一切ありません。

### 同意頂いた方に行う追加検査は・・・

#### 血液検査

ヘモグロビン A1c 糖尿病に関する検査で、過去1～2か月間の血糖の程度を示します。市の多項目検診では、糖尿病の疑いのある人に追加実施しています。

LDL 動脈硬化を起こす悪玉コレステロールです。総コレステロール値が高くなくてもLDLが高い人は心臓病などの危険性が高くなります。

高感度CRP 感染症やケガ、カゼや歯ぐきの腫れなど、炎症性の変化により高くなります。微熱などが続く場合には精査が必要です。本研究では動脈硬化との関連の程度を調べるために検査しています。

BNP 心臓の機能と関係があるとされ、現在注目されている検査項目です。現時点ではまだ研究段階のため、BNPの結果はお返しできません。

#### 尿検査

尿中微量アルブミン 尿蛋白を詳しく調べるものです。微量でもアルブミン(蛋白の一種)が出ている人は、心臓病などの危険性が高くなるとされています。

追加検査は研究のために実施するものですので無料です。また、余計な時間もかかりません。

BNP以外の追加検査結果は研究グループが説明を付けてお返し致します。

栄養の調査票の解析結果は、栄養調査票をお出し頂いてから2か月以内にお送りいたします。

1. 一緒に暮らしている家族はあなたを含め何人ですか（一人暮らしは1とします）

人

2. あなたの健康状態はどうか

- 良い
- まあまあ良い
- 良いとも悪いともいえない
- やや悪い
- 悪い

3. あなたは健康上の理由で1キロメートル以上歩くのがむずかしいと思いますか。

- とてもむずかしいと思う
- 少しむずかしいと思う
- 全然むずかしくないと思う

4. 現在の生活に全体としてどの程度満足していますか

- 満足
- まあ満足
- どちらでもない
- やや不満
- 不満

5. 現在定期的に従事している仕事はありますか（パートは含みますが、家事およびボランティアは除きます）

- ある
- ない

定期的に従事する仕事のある方にお聞きします  
※定期的な仕事のない方は6.にお進み下さい

週何日、合計何時間働いていますか

週  日 合計  時間

定期的な仕事のある方に続けてお聞きします

仕事中（昼休み、休憩時間を除く）、座っている時間はどのくらいですか

- ほとんど座っている → 下の6.へ
- 半分より多く座っている
- ほとんど半分くらい
- 半分より少ない
- ほとんど座らない

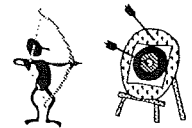
立ち仕事のある方にお聞きします

※立ち仕事のない方は下の6.にお進み下さい  
立って仕事をしている時間のうち（休み時間を除く）、歩いている状態と、歩かずに立ったままの状態とでは、どちらが多いですか

- 歩いている方が多い
- 歩いていると、立ったままが半々位
- 歩かないで立ったままの方が多

仕事の中で、重いもの（10Kg以上）を持ち上げたり、運んだり、あるいはそれと同じ程度の強さの力仕事をするのが1日何時間ありますか

時間  分



6. 過去1年間に体重が変化しましたか

- 増えた  Kg 増えた
- 同じ
- 減った  Kg 減った

過去1年間に体重が減った方にお聞きします

体重の減少はダイエットによるものですか

- はい
- いいえ

7. 25歳ころより体重が増加しましたか

- 同じ
- 増えた
- 減った
- わからない

8. 25歳ころの体重はいくら位でしたか

Kg位 (  わからない )

9. いま、あなたの歯は何本ありますか  
(根だけ残っている歯も数えて下さい)  
(親知らずまで全部揃うと32本です)

- 0本
- 1～9本
- 10～19本
- 20本以上

歯が10本未満の方にお聞きします

入れ歯を使っていますか  
(部分入れ歯も含みます)

- 使っていない
- 食べる時のみ使う
- 食べる時以外も使っている

10. あなたはふだん1日平均どの位寝ますか  
昼寝も含めて、床に就いて起き上がる  
までの時間をお答え下さい

時間  分

11. 夜、よく眠れないことがありますか

- まったくない
- たまにある
- しばしばある
- いつもある

12. ふだん朝起きる時間は何時ころですか

時ころ

13. 朝食は取りますか

- 必ず取る
- 大体取る
- あまり取らない
- 取らない

14. あなたは余暇にテレビ視聴、新聞や読書、  
音楽鑑賞、将棋や囲碁、パソコン操作  
などあまり身体を動かさない時間は1日  
平均でどのくらいありますか

時間  分

15. あなたはふだん炊事、掃除、育児や介護  
など体を動かす家事を1日平均何時間位  
しますか

時間  分

16. あなたは外出(通勤、買い物、近所への  
使いなど)で1日平均どの位歩きますか  
※仕事での歩行、買い物中のぶらぶら歩き、  
定期的な運動(ウォーキング)は除きます

時間  分

17. 日ごろから体を動かすように意識して  
いますか

- いつも意識している
- まあまあ意識している
- あまり意識していない
- ほとんど意識していない

18. あなたは月1日以上かつ月合計60分以  
上の頻度で定期的な運動をしていますか。  
犬の散歩、ラジオ体操、ストレッチ、  
つりなども含みます。

- している
- していない → 19.にお進み下さい

定期的に行う運動の内容についてお答え下さい  
4種類以上の人は多く行う順で3つお答え下さい  
※定期的な運動を行わない方は19.へお進み下さい

①内容〔 〕

月あたり   日、

1日につき   時間   分

運動の強度  のんびり  
 息がはずむ程度  
 はげしく

②内容〔 〕

月あたり   日、

1日につき   時間   分

運動の強度  のんびり  
 息がはずむ程度  
 はげしく

③内容〔 〕

月あたり   日、

1日につき   時間   分

運動の強度  のんびり  
 息がはずむ程度  
 はげしく

19. ふだんの生活や仕事の中であなたの運動  
(身体活動) は足りていると思いますか

- 十分  
 だいたい充足  
 やや不足  
 かなり不足

20. 鎮痛薬(痛み止め)を飲む事がありますか

- 月に10日以上飲む  
 月に6～9日くらい飲む  
 月に1～5日くらい飲む  
 ほとんど飲まない

21. 物忘れをすることがありますか

- 物忘れはしない  
 時々するが生活に支障はない  
 物忘れがあつて生活に軽い支障がある  
 常に家族の介護が必要である

22. 職場か家庭で、人が喫ったたばこの煙を  
吸うことがありますか

- よくある  
 時々ある  
 ほとんどない

23. 婚姻状況をおたずねします

- 未婚  
 既婚  
 離婚・死別

24. 小学校を含め何年間学校に通いましたか  
(各種学校を含みます)

年

女性の方のみにお聞きします

男性の方は次の頁にお進み下さい。

あなたは何人出産されましたか(死産は除きます)

人

あなたは

- 閉経前  
 現在不安定な時期  
 すでに閉経した   歳のとき

↳ 自然閉経によるものですか

- はい  
 いいえ



25. あなたは医者に心不全（しんふぜん）と  
言われたことがありますか

- ない
- ある
- わからない

26. 同じくらいの歳の人と一緒に歩いていて、  
息切れすることがありますか

- ない
- ある

27. 自分のペースで歩いていて、  
息切れして休むことがありますか

- ない
- ある

28. 着替えをしているときに  
息切れすることがありますか

- ない
- ある

生活の調査はこれで終わりです。たくさんの質問にお答え頂きありがとうございます。  
よろしければ次頁からの栄養調査票にもお答え下さい。後ほど栄養の個人結果票をお返しいたします。

公益信託日本動脈硬化予防研究基金の助成による

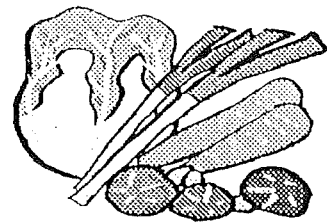
岩手県北地域コホート研究

# 栄養の調査票



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、お答えください

お名前 \_\_\_\_\_



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人と一緒に考えながら、答えて下さい。

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、誰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、結果はたくさんの人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。

すべての質問にお答えいただいた場合には、これからの健康維持・増進に役立てていただけるように、簡単な結果【あなたの食事・栄養の特徴】を後日お返しいたします。

この栄養の調査票の質問は全て一つの回答を選ぶ形式です。

【回答例】（良い例）

毎日2回以上 毎日1回 週4～6回 週2～3回 週1回 週1回未満 食べなかった

いか・たこ・えび・貝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨ごと食べる魚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

【回答例】（悪い例）

毎日2回以上 毎日1回 週4～6回 週2～3回 週1回 週1回未満 食べなかった

いか・たこ・えび・貝	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨ごと食べる魚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

印は□の中に入れて下さい

07

※係が記入します



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ひとつに印を付けて下さい。

		毎日2回以上	毎日1回	週4～6回	週2～3回	週1回	週1回未満	食べなかった
コップ一杯 くらいの牛乳・ ヨーグルト1人前	低脂肪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	普通・高脂肪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鶏肉（挽き肉を含む）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豚肉・牛肉（挽き肉を含む）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハム・ソーセージ ベーコン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
レバー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いか・たこ・えび・貝		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨ごと食べる魚		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ツナ缶（まぐろの油漬け）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
魚の干物・塩蔵魚 （塩さば・塩鮭、あじの干物など）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂が少なめの魚 さけ、ます、白身の魚、淡水魚、かつおなど		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		毎日2回以上	毎日1回	週4～6回	週2～3回	週1回	週1回未満	食べなかった
たまご（鶏の卵1個程度）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
とうふ・厚揚げ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
納豆		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いも（すべての種類）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
漬け物	緑の濃い葉野菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他すべて （梅干は除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生(サラダ)	レタス・キャベツ千切りなど （トマトは除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
料理に 使った 野菜 (漬物・サラダ 以外)	緑の濃い葉野菜 (ブロッコリーを含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	キャベツ・白菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	にんじん・かぼちゃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	だいこん・かぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

毎日2回以上 毎日1回 週4～6回 週2～3回 週1回 週1回未満 食べなかった

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ひとつに印を付けて下さい。

		毎日2回以上	毎日1回	週4～6回	週2～3回	週1回	週1回未満	食べなかった
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
きのこ（すべての種類）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
海草（すべての種類） （だし用は除く）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お菓子 ・ おやつ	洋菓子・クッキー ビスケット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	和菓子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	せんべい・もち お好み焼きなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アイスクリーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果物	みかんなどの 柑橘(かんきつ)類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	かき・いちご キウイ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他の すべての果物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マヨネーズ・ドレッシング		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パン（おかずパン・菓子パンも含む）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
麺類	そば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	うどん・ひやむぎ・ そうめん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	らーめん・ インスタントらーめん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	スパゲッティ マカロニなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

毎日2回以上 毎日1回 週4～6回 週2～3回 週1回 週1回未満 食べなかった

あなたは、この1か月のあいだ、以下の飲み物をどのくらいの頻度で飲んでいましたか？  
 もっともあてはまる回答ひとつに印を付けて下さい。

		毎日4杯以上	毎日2～3杯	毎日1杯	週4～6杯	週2～3杯	週1杯	週1杯未満	飲まなかった
緑茶		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紅茶・ウーロン茶 （中国茶）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コーヒー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コーラ・ジュース （スポーツドリンクも含む）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100%果物ジュース 100%野菜ジュース		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

毎日4杯以上 毎日2～3杯 毎日1杯 週4～6杯 週2～3杯 週1杯 週1杯未満 飲まなかった

→ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

もっともあてはまる回答ひとつに印を付けて下さい。

「主食のある朝ごはん」を 食べた頻度	毎朝	週に6回	週に5回	週に4回	週に3回	週に2回	週に1回	週に1回未満	食べなかった
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

いつも	ときどき	まれに	いいえ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「平均的な1日」 に食べた ごはんのみそ汁	ごはん	8杯以上	6~7杯	5杯	4杯	3杯	2杯	1杯	1杯未満	食べなかった
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	みそ汁	8杯以上	6~7杯	5杯	4杯	3杯	2杯	1杯	1杯未満	飲まなかった
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

お酒 (薬用酒は 含めません)	頻度	毎日	週に6回	週に5回	週に4回	週に3回	週に2回	週に1回	週に1回未満	飲まなかった
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	一回に飲んだ 典型的な お酒の種類 の組み合わせと その量	日本酒	4合以上	3合	2合	1合	0.5合	0.5合未満	飲まなかった	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		ビール(大瓶で)	4本以上	3本	2本	1本	0.5本	0.5本未満	飲まなかった	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	焼酎・酎ハイ・泡盛 (焼酎・泡盛水割りで)	4杯以上	3杯	2杯	1杯	0.5杯	0.5杯未満	飲まなかった		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	ウイスキー類 (ダブルで)	4杯以上	3杯	2杯	1杯	0.5杯	0.5杯未満	飲まなかった		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	ワイン (ワイングラスで)	4杯以上	3杯	2杯	1杯	0.5杯	0.5杯未満	飲まなかった		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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ひとつに印を付けて下さい。

魚を使った料理 (いか・たこ・えび 貝も含む)	さしみ・すし (定食1人前程度の量)	毎日2回以上	毎日1回	週4~6回	週2~3回	週1回	週1回未満	食べなかった
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	焼き魚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	煮魚・鍋物 汁物・みそ汁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	てんぷら・揚げ魚 (定食1人前程度の量)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハンバーグ・カレー・ミ ートソースなど洋風の料理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	揚げ物・てんぷら (定食1人前程度の量)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	炒め物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	和風の煮物・鍋物・どん ぶり物・汁物・みそ汁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

毎日2回以上 毎日1回 週4~6回 週2~3回 週1回 週1回未満 食べなかった

もっともあてはまる回答ひとつに印を付けて下さい。

麺類のスープ・汁を飲む量は	ほとんど全部 <input type="checkbox"/>	8割位 <input type="checkbox"/>	4～6割 <input type="checkbox"/>	2割位 <input type="checkbox"/>	ほとんど飲まない <input type="checkbox"/>	
家庭での味付けは 外食と比べて	薄口 <input type="checkbox"/>	少し薄口 <input type="checkbox"/>	同じくらい <input type="checkbox"/>	少し濃い口 <input type="checkbox"/>	濃い口 <input type="checkbox"/>	
お肉（牛肉や豚肉） の脂身は	好んで食べていた <input type="checkbox"/>	やや好んで食べていた <input type="checkbox"/>	好きでも嫌いでもない <input type="checkbox"/>	あまり食べなかった <input type="checkbox"/>	ほとんど食べなかった <input type="checkbox"/>	
食事のときに 使うしょうゆ・ ソース	頻度は	必ず使う <input type="checkbox"/>	よく使う <input type="checkbox"/>	ときどき使う <input type="checkbox"/>	ほとんど使わない <input type="checkbox"/>	まったく使わない <input type="checkbox"/>
	量は	かなり多め <input type="checkbox"/>	やや多め <input type="checkbox"/>	ふつう <input type="checkbox"/>	やや少なめ <input type="checkbox"/>	かなり少なめ <input type="checkbox"/>
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	おかず の量は	家のほうがかなり多い <input type="checkbox"/>	家のほうが少し多い <input type="checkbox"/>	ほぼ同じくらい <input type="checkbox"/>	外食のほうが少し多い <input type="checkbox"/>	外食のほうがかなり多い <input type="checkbox"/>
	ごはん の量は	家のほうがかなり多い <input type="checkbox"/>	家のほうが少し多い <input type="checkbox"/>	ほぼ同じくらい <input type="checkbox"/>	外食のほうが少し多い <input type="checkbox"/>	外食のほうがかなり多い <input type="checkbox"/>
食べる速さは	かなり速い <input type="checkbox"/>	やや速い <input type="checkbox"/>	ふつう <input type="checkbox"/>	やや遅い <input type="checkbox"/>	かなり遅い <input type="checkbox"/>	

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。

毎日2回以上 毎日1回 週4～6回 週2～3回 週1回 週1回未満 食べなかった

季節によって 食べ方が大きく ちがう食べ物	みかんなどの 柑橘(かんきつ)類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	かき(柿)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	いちご	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

最後にお答え下さい。

もっともあてはまる回答ひとつに印を付けて下さい。

この1か月間に 健康補助食品を使いましたか	毎日2回以上 <input type="checkbox"/>	毎日1回 <input type="checkbox"/>	週4～6回 <input type="checkbox"/>	週2～3回 <input type="checkbox"/>	週1回 <input type="checkbox"/>	週1回未満 <input type="checkbox"/>	使わなかった <input type="checkbox"/>
最近、食事習慣を 意識的に変えましたか	はい 3年以上前に変えた <input type="checkbox"/>	1～2年前に変えた <input type="checkbox"/>	1年前以内に变えた <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>			
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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>					
この質問票におもに答えたひとは	本人 <input type="checkbox"/>	妻 <input type="checkbox"/>	娘 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>			

これで終わりです。 ありがとうございます。

## 今回の研究調査「岩手県北地域コホート研究」とは・・・

今回、下記研究グループと市町村が共同して行う「岩手県北地域コホート研究」は、市町村で行う基本健康診査の情報をより有用に活用するために行うものです。

研究で得られた結果は、今後の保健政策の立案に活かすとともに、広報などで広く皆様に還元いたします。どうぞ調査研究にご協力下さい。

公益信託日本動脈硬化予防研究基金の助成による 岩手県北地域コホート研究グループ

代表	国立循環器病センター循環器病予防検診部	部長	岡山 明
	岩手医科大学医学部第二内科学講座	教授	平盛勝彦
	岩手医科大学医学部第二内科学講座	講師	中村元行
	岩手医科大学医学部脳神経外科学講座	教授	小川 彰
	岩手医科大学医学部救急医学講座	講師	吉田雄樹
	岩手県予防医学協会	専務理事	田郷敏昭
	岩手県予防医学協会医療技術部	部長	川村和子
	岩手県環境保健研究センター保健科学部	部長	田沢光正

事務局 020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1  
岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座  
TEL 019-651-5111 (代) 内線 3373  
FAX 019-623-8870

担当 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座 講師 小野田敏行

様式1 入院患者は退院時  
外来・往診患者は適宜 } に送付して下さい。

【岩手県医師会用】

秘

脳卒中患者登録票

※<sup>1</sup> 受付番号  ※<sup>2</sup> 登録番号  ※<sup>3</sup> 受付年月日  年  月  日

フリガナ		5 性別	6 生年月日
4 患者氏名		1. 男 2. 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生
7 患者現住所	市 町村		※ <input type="text"/>
8 診療形態	1. 外来(往診) 2. 入院(平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)		9 退院年月日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
10 臨床診断	1. 脳梗塞 (1. アテローム血栓性脳梗塞 2. 心原性脳塞栓 3. ラクナ梗塞 4. その他・不明) 2. 脳出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. 混合型 7. その他・不明) 3. くも膜下出血 (1. 破裂脳動脈瘤 2. その他・不明) 4. 脳動静脈奇形 (AVM) 5. もやもや病 6. その他 ( ) 7. 不明		
11 医療機関名 (所在地) (電話番号) 診療科名 医師名 貴院カルテ番号	医療機関名	診療科	科※ <input type="text"/>
		医師名	<input type="text"/>
		貴院カルテ番号	<input type="text"/>
		※	
12 発症年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃 (24時間表示で記入) 月日・時間不明		
13 初診年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃 (24時間表示で記入)		
14 画像診断	1. あり 2. なし	15 手術治療	1. あり 2. なし
16 脳卒中既往歴	1. あり (1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. その他) 2. なし 3. 不明		
17 転帰	1. 全く症状なし 2. 症状はあるが特に問題となる障害なし (通常の日常生活及び活動は可能) 3. 軽度の障害 (以前の活動は出来ないが、介助なしに歩行可能) 4. 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが、介助なしに歩行可能) 5. 比較的高度の障害 (介助なしに歩行や日常生活を行うことが困難) 6. 高度の障害 (寝たきり、失禁、常に看護や注意が必要) 7. 死亡 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死 (24時間表示で記入)		
18 退院後の状況	1. 在宅 (通院先: <input type="text"/> ) 2. 転院 (病院名: <input type="text"/> ) 3. 施設入所 (施設名: <input type="text"/> ) 4. 不明		

留意事項 1 この登録情報は、岩手県地域脳卒中登録事業の目的以外には使用しません。  
2 この登録票に基づいて、直接患者に問い合わせることはありません。  
3 記入方法の詳細については、冊子「岩手県地域脳卒中登録の手引き」をご覧ください。  
4 ※印の部分は記入の必要はありません。



脳 卒 中 患 者 登 録 票

※ 1 受付番号		※ 2 登録番号		※ 3 受付年月日	年 月 日
フリガナ		5 性別	6 生年月日		
4 患者氏名		1. 男 2. 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生		
7 患者現住所	市 町 村	※			
8 診療形態	1. 外来(往診) 2. 入院(平成 年 月 日)		9 退院年月日 平成 年 月 日		
10 臨床診断	1. 脳梗塞 (1. アテローム血栓性脳梗塞 2. 心原性脳塞栓 3. ラクナ梗塞 4. その他・不明) 2. 脳出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. 混合型 7. その他・不明) 3. くも膜下出血 (1. 破裂脳動脈瘤 2. その他・不明) 4. 脳動静脈奇形(AVM) 5. もやもや病 6. その他 ( ) 7. 不明				
11 医療機関名 (所在地) (電話番号) 診療科名 医師名 貴院カルテ番号	医療機関名		診療科	科※	
			医師名		
			貴院カルテ番号		
			※		
12 発症年月日	平成 年 月 日 時 分頃 (24時間表示で記入) 月日・時間不明				
13 初診年月日	平成 年 月 日 時 分頃 (24時間表示で記入)				
14 画像診断	1. あり 2. なし		15 手術治療	1. あり 2. なし	
16 脳卒中既往歴	1. あり (1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. その他) 2. なし 3. 不明				
17 転 帰	1. 全く症状なし 2. 症状はあるが特に問題となる障害なし (通常の日常生活及び活動は可能) 3. 軽度の障害 (以前の活動は出来ないが、介助なしに歩行可能) 4. 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが、介助なしに歩行可能) 5. 比較的高度の障害 (介助なしに歩行や日常生活を行うことが困難) 6. 高度の障害 (寝たきり、失禁、常に看護や注意が必要) 7. 死亡 平成 年 月 日 時 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死 (24時間表示で記入)				
18 退院後の状況	1. 在宅(通院先: ) 2. 転院(病院名: ) 3. 施設入所(施設名: ) 4. 不明				

留意事項 1 この登録情報は、岩手県地域脳卒中登録事業の目的以外には使用しません。  
 2 この登録票に基づいて、直接患者に問い合わせることはありません。  
 3 記入方法の詳細については、冊子「岩手県地域脳卒中登録の手引き」をご覧ください。  
 4 ※印の部分は記入の必要はありません。

様式1 入院患者は退院時  
外来往診患者は通院等終了時 } に送付して下さい。

【 県 医 師 会 用 】



## 脳 卒 中 患 者 登 録 票

※ 1 受付番号		※ 2 登録番号		※ 3 受付年月日	年 月 日
4 (フリガナ)		5 性別	1. 男 2. 女	6 生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
7 患者の現住所 (電話番号)	市 町 村				※ [ ] [ ] [ ] 〔電話 ( ) - 〕
8 診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日)		9 退院年月日	平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日	
10 臨床診断 (疑いも含む) ⑨ 変更の場合は× で消し新たに○ を付けて下さい。	1. 脳梗塞 (1. 脳血栓 2. 脳塞栓 3. 不明) 2. 脳内出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. その他 7. 不明) 3. くも膜下出血 (1. 脳動脈瘤 2. 脳動静脈奇型 3. その他 4. 不明) 4. 一過性脳虚血発作 5. 病型不明の脳卒中 6. その他 ( )				
11 医療機関名 診療科名 診療科名 医師氏名				診療科	* [ ] [ ]
				医師名	
				※	
12 発症年月日	平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日	1. 午前 2. 午後 [ ] 時頃	発作回数 ( [ ] 回目)		
13 初診年月日	平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日	1. 午前 2. 午後 [ ] 時頃			
14 初診時所見	<意識レベル> ( JCS ) 1. つねっても反応しない (300) 2. つねると少し動く (200) 3. つねると払いのける (100) 4. 呼名にかろうじて目を開く (30) 5. 簡単な命令に応じる (20) 6. 目の前の指の数を数える (10) 7. 名前、生年月日が言えない (3) 8. 現在の月日、場所が言えない (2) 9. なんとなくおかしい (1) 10. 清明 (0)		<身体所見> 1. 血 圧 — ( [ ] [ ] ) / ( [ ] [ ] ) mmHg 2. 脈 拍 — 1. 整 2. 不整 ( [ ] [ ] ) / 分 3. 呼 吸 — 1. 良 2. 悪 4. 対光反射 — 1. 有 2. 無 3. 不明 5. 瞳孔不同 — 1. 有 2. 無 3. 不明 6. 運動麻痺 — 1. 片 2. 四肢 3. 無 4. 不明 7. 言語障害 — 1. 有 2. 無 3. 不明 8. 頭 痛 — 1. 有 2. 無 3. 不明 9. 嘔 吐 — 1. 有 2. 無 3. 不明 10. 項部硬直 — 1. 有 2. 無 3. 不明		
15 検査・手術	1. CT 2. MRI 3. 脳血管写 4. 開頭手術 5. その他手術				
16 家族歴	〔脳卒中〕 1. 祖父母 2. 父母 3. 兄弟姉妹 4. 子供 5. 無 6. 不明				
17 既往歴	1. 高血圧症 2. 心疾患 3. 腎疾患 4. 糖尿病 5. 高脂血症 6. その他				
18 治療歴	降圧剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明 抗凝固剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明				
19 発生場所及び状況	1. 屋内 2. 屋外	1. 軽作業 2. 中労働 3. 力仕事 4. 運動 5. 食事 6. 入浴 7. 用便 8. 睡眠 9. 飲酒 10. 談話 11. テレビ視聴 12. その他			
20 帰 (退院・通院等終了時)	1. 自立 2. 一部介護 3. 全面介護 4. ねたきり 5. 死亡 (平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 1. 午前 2. 午後 [ ] 時 → 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死)				
	1. 在宅 2. 転院 (転院先 ) 3. 施設入所 (施設名 ) 4. 不明				

貴院のカルテ (整理) 番号 \_\_\_\_\_

〔留意事項〕

1. 脳卒中患者登録票は患者の退院時または通院等終了時に記入し、提出して下さい。
2. ※印の部分は記入の必要はありません。





## 脳 卒 中 患 者 登 録 票

※ 1 受付番号		※ 2 登録番号		※ 3 受付年月日	年 月 日
4 (フリガナ) 患者氏名			5 性別	1. 男 2. 女	6 生年月日
7 患者の現住所 (電話番号)	市 町 村		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日 年 月 日 日生		
8 診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)		9 退院年月日 平成 年 月 日		
10 臨床診断 (疑いも含む) ② 変更の場合は× で消し新たに○ を付けて下さい。	1. 脳梗塞 (1. 脳血栓 2. 脳塞栓 3. 不明) 2. 脳内出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. その他 7. 不明) 3. くも膜下出血 (1. 脳動脈瘤 2. 脳動静脈奇型 3. その他 4. 不明) 4. 一過性脳虚血発作 5. 病型不明の脳卒中 6. その他 ( )				
11 医療機関名 診療科名 医師氏名			診療科	*	*
12 発症年月日	平成 年 月 日		1. 午前 2. 午後 時頃	発作回数 ( 回目)	
13 初診年月日	平成 年 月 日		1. 午前 2. 午後 時頃		
14 初診時所見	<意識レベル> ( JCS ) 1. つねっても反応しない (300) 2. つねると少し動く (200) 3. つねると払いのける (100) 4. 呼名にからうじて目を開く (30) 5. 簡単な命令に応じる (20) 6. 目の前の指の数を数える (10) 7. 名前、生年月日が言えない (3) 8. 現在の月日、場所が言えない (2) 9. なんとなくおかしい (1) 10. 清明 (0)		<身体所見> 1. 血 圧 — ( ) / ( ) mmHg 2. 脈 拍 — 1. 整 2. 不整 ( ) / 分 3. 呼 吸 — 1. 良 2. 悪 4. 対光反射 — 1. 有 2. 無 3. 不明 5. 瞳孔不同 — 1. 有 2. 無 3. 不明 6. 運動麻痺 — 1. 片 2. 四肢 3. 無 4. 不明 7. 言語障害 — 1. 有 2. 無 3. 不明 8. 頭 痛 — 1. 有 2. 無 3. 不明 9. 嘔 吐 — 1. 有 2. 無 3. 不明 10. 項部硬直 — 1. 有 2. 無 3. 不明		
15 検査・手術	1. CT 2. MRI 3. 脳血管写 4. 開頭手術 5. その他手術				
16 家族歴	〔脳卒中〕 1. 祖父母 2. 父母 3. 兄弟姉妹 4. 子供 5. 無 6. 不明				
17 既往歴	1. 高血圧症 2. 心疾患 3. 腎疾患 4. 糖尿病 5. 高脂血症 6. その他				
18 治療歴	降圧剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明 抗凝固剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明				
19 発生場所及び状況	1. 屋内	1. 軽作業 2. 中労働 3. 力仕事 4. 運動 5. 食事 6. 入浴 7. 用便			
	2. 屋外	8. 睡眠 9. 飲酒 10. 談話 11. テレビ視聴 12. その他			
20 転 帰 (退院・通院等終了時)	1. 自立 2. 一部介護 3. 全面介護 4. ねたきり 5. 死亡 (平成 年 月 日 1. 午前 2. 午後 時 → 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死)				
	1. 在宅 2. 転院 (転院先 ) 3. 施設入所 (施設名 ) 4. 不明				

貴院のカルテ (整理) 番号 \_\_\_\_\_

〔留意事項〕

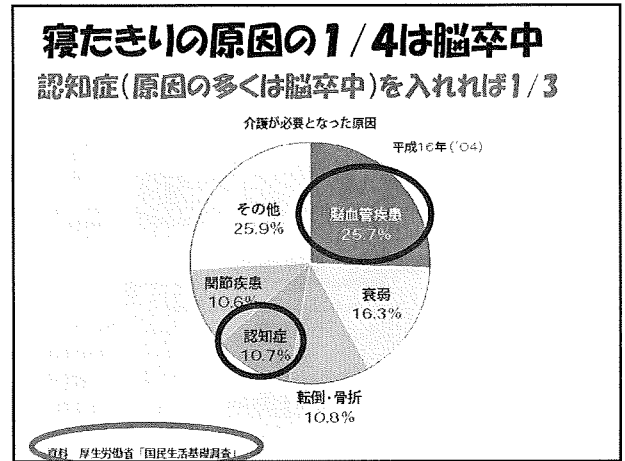
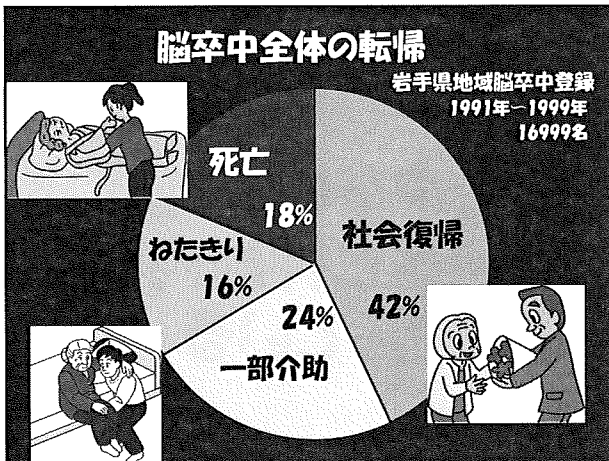
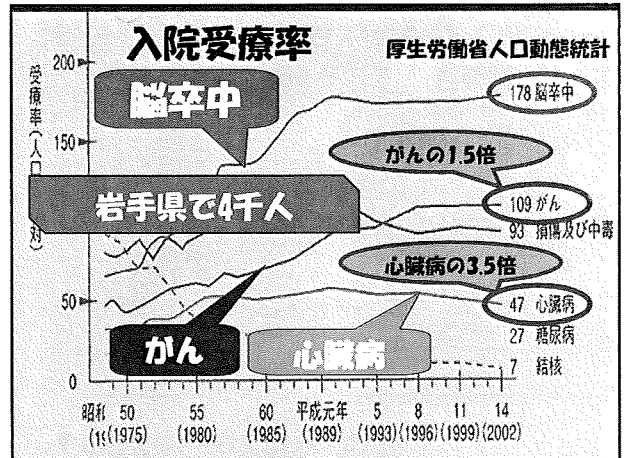
1. 脳卒中患者登録票は患者の退院時または通院等終了時に記入し、提出して下さい。
2. ※印の部分は記入の必要はありません。

### Ⅲ. 資 料

厚生労働科研研究成果発表会 10/1/30

# 脳卒中は国民病

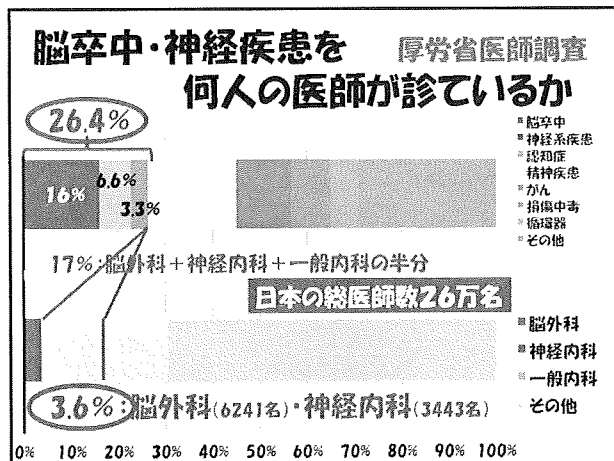
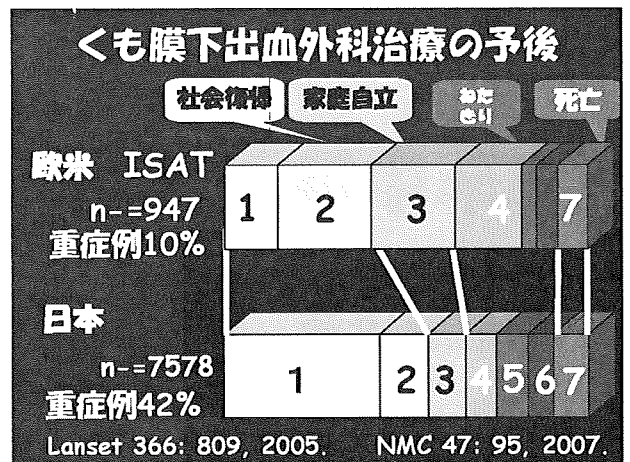
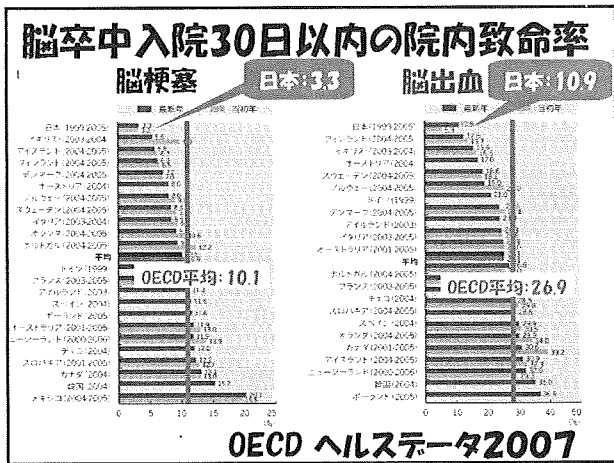
日本脳卒中学会 理事長  
岩手医科大学 学長  
小川 彰



## 脳卒中は恐ろしい

脳卒中は最も多い病気  
寝たきりの最も多い原因  
社会復帰が難しい病気  
病気になれば本人のみならず  
家族にも大きな負担が

日本の脳卒中診療  
レベルは世界一



## 世界一の脳卒中医療を少ない脳神経外科医と神経内科医が担っている

