

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。

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）

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。

7.歯周病

①歯周病問診票

* 別紙「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」を記入してください。

* オルソパントモ写真は3年目以降必要ありません。

* 歯科の検査費用は無料ではなく、内科・眼科の診療と同じく保険適用の範囲で患者様の負担となります。

口腔検査報告書

口腔検査報告書

患者氏名： 性別： 年齢： 病歴： 検査日時： 検査部位：

検査項目： 歯周病検査、歯槽膿漏検査、咬合検査、口腔がん検査、歯肉炎検査、歯垢検査、歯石検査、歯槽膿漏検査、咬合検査、口腔がん検査、歯肉炎検査、歯垢検査、歯石検査

検査結果： 歯周病検査： 歯槽膿漏検査： 咬合検査： 口腔がん検査： 歯肉炎検査： 歯垢検査： 歯石検査：

医師のコメント：

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けて下さい。

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けて下さい。

③経口血糖降下薬など ※

DPP-Ⅳ、GLP-1、その他の3項目が追加されました。

* ARBとサイアザイド薬との合剤に関してはARBに☑印をつけて下さい。

* ARBとCCBとの合剤に関しては両者に☑印をつけて下さい。

⑩その他の薬剤

(+)の場合は右の項目について詳しい情報に☑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。

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。

追跡情報 (3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

⑤CVR-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？
毎日ほしない 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

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経口血糖降下薬など SU薬 グリニド薬 α -GI ビッグアナイド薬 チアソリジン薬
DPP-IV GLP-1 その他()
 ●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(ペルサンチン) EPA(エパデール) 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。

悪性腫瘍の発生

- 登録時の除外基準にある「悪性腫瘍」については、経過観察中に罹患が見られた場合には「発生日」および「部位」について報告していただくことになりました。
- 裏付け資料として「病院の報告書のコピー」添付してください。

エンドポイント 追跡情報（3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。

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	<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	
膜	<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	
	<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
	<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
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
	<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
	<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・悪性腫瘍の発生について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。

<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の発生	発症日 20 年 月 日	部位 ()
----------------------------------	-----------------	-----------

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

問診による自覚症状

- ・歯周病による歯の喪失
虫歯の原因がなく、歯の喪失があった。
- ・歯肉腫張または出血
疲れると歯茎が腫れやすい。

歯科医所見

- ・可能であれば、歯科医の所見を記入してください。

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ポケットに入れ、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（3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 または 出血	<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	<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)
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
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

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：

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	年	性	男
患者氏名	年	和	月	別	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)

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。

ご担当医様 (内科・歯科)

患者様に記入内容を確認して下さい。

フリガナ	生	昭	年	月	性 <input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	和	年	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が、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？

毎日しない 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

※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。

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	生年月日	昭和	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名						
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。

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 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)

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:12.5%; height: 20px;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									7	6	5	4	3	2	1		7	6	5	4	3	2	1										<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:12.5%; height: 20px;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7									
7	6	5	4	3	2	1																																																											
7	6	5	4	3	2	1																																																											
1	2	3	4	5	6	7																																																											
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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Mob</td><td style="text-align: center;">O</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">II</td><td style="text-align: center;">III</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MB</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">(7) 6</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MP</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD				MB	(7) 6					PD				MP	CAL					BOP					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Mob</td><td style="text-align: center;">O</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">II</td><td style="text-align: center;">III</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MB</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">(1) 1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MP</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD				MB	(1) 1					PD				MP	CAL					BOP					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Mob</td><td style="text-align: center;">O</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">II</td><td style="text-align: center;">III</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MB</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">(5) 4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MP</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD				MB	(5) 4					PD				MP	CAL					BOP					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Mob</td><td style="text-align: center;">O</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">II</td><td style="text-align: center;">III</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MB</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">(1) 1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PD</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: right;">MP</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD				MB	(1) 1					PD				MP	CAL					BOP				
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																																															
BOP																																																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																																																			
PD				MB																																																																																																																																																															
(7) 6																																																																																																																																																																			
PD				MP																																																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																																																			
BOP																																																																																																																																																																			
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																																															
BOP																																																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																																																			
PD				MB																																																																																																																																																															
(1) 1																																																																																																																																																																			
PD				MP																																																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																																																			
BOP																																																																																																																																																																			
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																																															
BOP																																																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																																																			
PD				MB																																																																																																																																																															
(5) 4																																																																																																																																																																			
PD				MP																																																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																																																			
BOP																																																																																																																																																																			
Mob	O	I	II	III																																																																																																																																																															
BOP																																																																																																																																																																			
CAL																																																																																																																																																																			
PD				MB																																																																																																																																																															
(1) 1																																																																																																																																																																			
PD				MP																																																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																																																			
BOP																																																																																																																																																																			

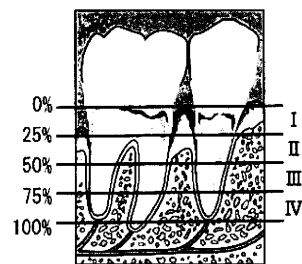
動揺度の分類はMiller (1965)に準じて、該当するものに○をつけて下さい。

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-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

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">骨吸収</td><td style="width:40%;"></td><td style="width:40%;"></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">D 7 M D 6 M</td><td style="text-align: center;">M 6 D M 7 D</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">骨吸収</td><td style="width:40%;"></td><td style="width:40%;"></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">D 7 M D 6 M</td><td style="text-align: center;">M 6 D M 7 D</td></tr> </table>	骨吸収				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	
骨吸収													
	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											



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。

歯科の検査費用は無料ではなく、内科・眼科の診療と同じく保険適用の範囲内で患者様のご負担となります。

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。
- ・すべての質問のお答え下さい。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

生年月日 昭和

年

月

性

別

男

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分間以上続けて行う身体活動についてのみ考え、お答え下さい。</p>	
1	<p>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？</p> <p>週 ()日</p> <p>ない() →質問3へすすむ</p>
2	<p>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？</p> <p>1日()時間()分</p>
3	<p>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のでお答え下さい。</p> <p>週 ()日</p> <p>ない() →質問5へすすむ</p>
4	<p>中等度の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？</p> <p>1日()時間()分</p>
5	<p>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。</p> <p>週 ()日</p> <p>ない() →質問8へすすむ</p>
6	<p>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？</p> <p>1日()時間()分</p>
7	<p>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。</p> <p>()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</p>
8	<p>毎日座ったり寝転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、寝転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ので下さい。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？</p> <p>1日()時間()分</p>
9	<p>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？</p> <p>1日()時間()分</p>

(IPAQ SV日本語版 村瀬他, 2002)

別添書類・裏付け資料は
こちらのポケットへ入れて下さい。

眼 底 写 真

両眼1眼ずつ、あるいはさらに1眼4方向を追加したポラロイド写真

口腔検査報告書

国際身体活動調査票

エンドポイント裏付け資料

※食事調査票は折曲げ厳禁なため
このポケットの中ではなく症例報告書の
用紙と用紙の間にはさんでいただくか
この書類とは別にして送付してください。

資料 I-2

食事調査票

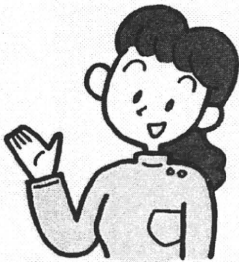
あなたの食習慣についておたずねします

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、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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

V 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ご記入ください。

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
ID2 中央 登録番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
試験担当 医師名	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>										

必ずご記入ください。

性別（Vを記入） 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	生年月 昭和 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 月
今日（この質問に答える日）の日付 平成 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 日	
身長 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> cm	体重 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 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)	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)	レタス・ キャベツ千切りなど (トマトは除く)	
<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"/> 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"/> 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	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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。

次のページにもお答えください。

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をご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、**✓**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、**✓**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、**✓**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"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 本人
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 3年以上前	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妻
<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"/> 1年前以内		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> いいえ		
<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。

資料 I-3

News Letter No. 5~7

◆ 研究体制の変更について

盛夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は戦略研究につきまして格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

本研究は平成 18 年度より、富山大学 副学長・病院長 小林 正先生が研究代表者として実施してまいりましたが、平成 22 年度より田嶋 尚子に研究代表者が変更になりました。また、データセンターにつきましても株式会社シーポックから株式会社ヘルスクリックに変更となりました。

研究体制変更に伴いまして、ご迷惑おかけいたしましたこととお詫び申し上げますと共に、本研究につきまして引き続きご支援ご協力を賜りますようお願い申し上げます。



◆ 症例報告書ご提出のお願い

症例報告書ご提出のお願いについてのご案内や症例報告書をお送りする時期が遅れており、ご準備いただいている先生方には大変ご迷惑をおかけ致しまして誠に申し訳ございません。今月中には「症例報告書（3 年目）」を送付させていただけるように準備しております。

また、「症例報告書（4 年目）」につきましては、現在、研究班で検討の上、症例報告書の改訂版を作成しております。お時間をいただきまして誠に申し訳ございませんが、作成が出来次第ご送付させていただきます。

「症例報告書」と併せて、データ採取期間を記載した資料を同送させていただきますので、参考にしてくださいましたら幸いです。ご多忙中、大変お手数をおかけいたしますが、引き続きご協力賜りますよう、衷心からお願い申し上げます。

データ収集期間につきましては、期限を過ぎてしまっている場合でも、遡って該当期間のデータ収集が可能であれば、該当期間のデータをご記入の上、報告書のご提出をお願い致します。同封のデータ収集期間は、あくまでもその期間内のデータが望ましいということですので、この期間外であってもご提出いただけるデータがございましたら、是非報告書にご記入の上、ご返送いただけますと幸いです。

また、問診票の記載に関しましては、過去の状態を振り返っていただくのも難しい点があるかと存じますので、可能な範囲でのご記入で結構です。

◆ QUO カードについて

「症例報告書（3年目）」発送時より、1症例につきQUOカード（500円分）を1枚同送させていただきます。既に「症例報告書（3年目）」を発送させていただきました先生には、本ニュースレターに同封させていただきました。

ご多忙な中大変お手数おかけいたしますが、脱落を最小限にとどめるべく、追跡調査のご協力をお願い申し上げます。また、2年目以降はエンドポイントが発生した場合の報告も必要となります。ひとつの合併症がエンドポイントを向かえた場合においても他の項目のデータ収集は継続いたしますので、ご留意くださいますようお願いいたします。

※ QUO カードとは…

全国共通でご利用いただけるプリペイドカードの1つです。

以下のマークのあるコンビニエンスストア、ファミリーレストラン、

ガソリンスタンド、ドラッグストア、書店等の全国約36,000店舗にてご利用いただけます。



このマークが目印！

◆ データセンター変更のお知らせ

平成22年4月から株式会社ヘルスクリックにデータセンターが変更となりました。

何かございましたら、以下にご連絡いただきます様お願い致します。

JDCP study データセンター

住所：〒141-0031

東京都品川区西五反田7-10-4 金剛ビル2階 株式会社ヘルスクリック内

電話：0120-79-1024（平日9時～17時30分まで）

FAX：0120-03-1024（24時間）

E-mail：hc-jdcp@cmic.co.jp