

【3】お子さんの睡眠についておたずねします。

(1) 過去1ヶ月間、夜中に1日平均何時間くらい眠りましたか（お昼寝は含みません）。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- a. 6時間未満 b. 6時間以上7時間未満 c. 7時間以上8時間未満
d. 8時間以上9時間未満 e. 9時間以上10時間未満 f. 10時間以上

(2) 過去1ヶ月間の昼寝についてお尋ねします。当てはまるもの1つに○をつけてください。

また、b. 昼寝をする場合は、1日平均何分くらい昼寝をしたか記入してください。

- a. 昼寝はしない b. 昼寝をする → 1日にだいたい 分くらい

(3) 過去1ヶ月間のお子さんの眠りについて当てはまるものがあれば、☐チェックしてください。またあなた(記入者)はその眠りの様子に問題を感じていますか。当てはまる方に○をつけてください。

	1. ほとんどいつも(5~7日/週)	2. ときどき(2~4日/週)	3. まれ(1日/週かそれ以下)	4. なし	あなたは問題を感じますか(1~3の場合)
夜中の眠りについて					
寝る時刻になっても寝床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
寝つくのに特別な物品、もしくは儀式が必要である(例: 特別な人形や毛布、指しゃぶりなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
暗い部屋で寝るのを怖がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜泣きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
眠ったまま歩きだす、行動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
大きないびきをかく。睡眠中に息が止まっているように見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜中に目を覚ますと、水分か食物をとらないと再び寝つけない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜中に叫び声を上げたり、汗をかいたり、慰めようもないほど泣きじゃくって目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
怖い夢を見て目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
目が覚めたとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
目覚める時刻が早すぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
その他	()				はい いいえ
昼間の様子について					
とても眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
昼寝が長すぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
昼寝が短すぎる、昼寝をしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
その他	()				はい いいえ

【4】保育の状況等についておたずねします。

(1) 震災前の日中の保育の状況について、当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。

- a. 保育所に通っていた b. 自宅で保護者等がみていた
c. その他

(2) 現在、お子さんの面倒を主に見ておられるのは、どなたですか？当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 母親 b. 父親 c. 祖父母 d. 兄弟
e. その他 ()

(3) 震災によって保育の状況は変わりましたか。

- a. 変化した b. 変化していない

どのように変化しましたか。当てはまるものに○をつけてください。

- a. 保育所を変った。
b. 保育所に通えなくなった。
(理由) ()
c. 保護者等が保育できなくなった。
d. 新たに保育所に通うことになった。
e. その他 ()

(4) 震災によってお子さんの食事・ほ乳の状況は変わりましたか。

- a. 変化した b. 変化していない

どのように変化しましたか。当てはまるものに○をつけてください。

- a. 人工乳が増えた。人工乳に変わった。
b. 食事の内容が変わった。
c. 食事・ほ乳量が変わった。(増えた ・ 減った)
d. その他 ()

【7】保護者の方のストレスの状況についておたずねします。

過去30日の間に次のようなことがありましたか。あてはまる記号1つに○をつけてください。

	あてはまる	少しあてはまる	あてはまらない
1. あまり眠れない。	a	b	c
2. 頭痛、腰痛、吐き気、めまいなど身体の不調を感じる。	a	b	c
3. いらいらしたり、怒りっぽくなった。	a	b	c
4. 色々と不安だ。	a	b	c
5. ちょっとした物音や揺れに対してひどく驚いてしまう。	a	b	c
6. 気分が落ち込んだり、寂しくなったりすることがある。	a	b	c
7. 悪夢をみることがある。	a	b	c
8. 物事になかなか集中できない（落ち着いて取り組めない）ことがある。	a	b	c
9. 子どもについ当たってしまうことが増えた気がする。	a	b	c
10. 便秘がちになった。	a	b	c

東日本大震災・被災者健康調査
(アンケート票)
3～6歳児用

*保護者の方等がご記入の上、健診の日に持参して下さい。

記入者氏名： _____

対象者との関係：父・母・祖父母・（その他 _____）

記入日：平成23年 月 日

【1】 お子さんのお名前・性別・生年月日を教えてください。

お名前

性別（○をつけてください） 男 女

生年月日 平成 年 月 日

【2】 医療に関しておたずねします。

(1) 現在のお子さんの健康状態はいかがですか。1つ選んで○をつけてください。

- a. とても良い b. まあ良い c. あまり良くない d. 良くない

(2) 今までにお子さんがかかった病気についておたずねします。これまでに次の病気にかかったことがありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 心臓病 b. 腎臓病 c. 肝臓病
d. がん・白血病 e. 気管支ぜんそく f. アトピー性皮膚炎
g. 気管支炎・肺炎 h. 髄膜炎 i. てんかん・けいれん
j. 中耳炎・外耳炎 k. 先天奇形・染色体異常 l. 人工透析
m. 発達障害（学習障害を含む） n. その他

(3) 上で○をつけた付けた病気のうち震災後に、治療（お薬など）を中断したものはありますか。当てはまる記号を、(2)の選択肢から選び、すべてを記入してください。

記号を記入してください

(4) 震災後、お子さんが新たに**かかった**病気やけがについて、病名を教えてください（かぜ、不眠、胃腸炎など何でも書いてください）。

1. 2.
3. 4.

【7】保護者の方のストレスの状況についておたずねします。

過去 30 日の間に次のようなことがありましたか。あてはまる記号 1 つに○をつけてください。

	あてはまる	少しあてはまる	あてはまらない
1. あまり眠れない。	a	b	c
2. 頭痛、腰痛、吐き気、めまいなど身体の不調を感じる。	a	b	c
3. いらいらしたり、怒りっぽくなった。	a	b	c
4. 色々と不安だ。	a	b	c
5. ちょっとした物音や揺れに対してひどく驚いてしまう。	a	b	c
6. 気分が落ち込んだり、寂しくなったりすることがある。	a	b	c
7. 悪夢をみることがある。	a	b	c
8. 物事になかなか集中できない（落ち着いて取り組めない）ことがある。	a	b	c
9. 子どもについ当たってしまうことが増えた気がする。	a	b	c
10. 便秘がちになった。	a	b	c

東日本大震災・被災者健康調査
(アンケート票)
小学生・中学生用

*ご本人に確認しながら保護者の方等がご記入の上、
健診の日に持参して下さい。

記入者氏名： _____

対象者との関係：父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ (その他)

記入日：平成23年 月 日

【3】睡眠についておたずねします。

(1) 過去1ヶ月間、夜中に1日平均何時間くらい眠りましたか(お昼寝は含みません)。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- a. 6時間未満 b. 6時間以上7時間未満 c. 7時間以上8時間未満
d. 8時間以上9時間未満 e. 9時間以上10時間未満 f. 10時間以上

(2) 過去1ヶ月間の昼寝についてお尋ねします。当てはまるもの1つに○をつけてください。

また、b. 昼寝をする場合は、1日平均何分くらい昼寝をしたか記入してください。

- a. 昼寝はしない b. 昼寝をする → 1日にだいたい 分くらい

(3) 過去1ヶ月間のお子さんの眠りについて当てはまるものがあれば、チェックしてください。またあなた(記入者)はその眠りの様子に問題を感じていますか。当てはまる方に○をつけてください。

	1. ほとんどいつも(5~7日/週)	2. ときどき(2~4日/週)	3. まれ(1日/週かそれ以下)	4. なし	あなたは問題を感じますか(1~3の場合)
夜中の眠りについて					
寝る時刻になっても寝床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
暗い部屋で寝るのを怖がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜泣きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
眠ったまま歩きだす、行動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
大きないびきをかく。睡眠中に息が止まっているように見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜中に目を覚ますと、水分か食物をとらないと再び寝つけない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
夜中に叫び声を上げたり、汗をかいたり、慰めようもないほど泣きじゃくって目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
怖い夢を見て目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
目が覚めたとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
目覚める時刻が早すぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
その他	()				はい いいえ
昼間の様子について					
とても眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
昼寝が長すぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
昼寝が短すぎる、昼寝をしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はい いいえ
その他	()				はい いいえ

	あてはまる	少しあてはまる	あてはまらない
8. 兄弟やペットをいじめたり、友達とうまくあそべない	a	b	c
9. 口数が少なくなった	a	b	c
10. 自分の体を傷つけることがある	a	b	c
11. 反抗的な態度が多くなった	a	b	c
12. 友達と喧嘩が多くなった	a	b	c

東日本大震災・被災者健康調査
(アンケート票)
高校生相当の方用

健診の日には、この用紙にお答えを記入して持参して下さい。

(健診を受けられない場合は、保護者の方等が代わりにお持ち下さい。)

※持参者が本人でない場合はご記入下さい

持参者氏名：

対象者との関係： 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ (その他)

お名前・性別・生年月日を教えてください。

お名前

性別 (○をつけてください) 男 女

ご自身の生年月日を教えてください。

平成

年

月

日

【2】食事についておたずねします。

- (1) 1日の食事の回数について教えてください。 1日に()回
- (2) ここ数日を振り返って、次の食品を1日あたりどのくらい食べられていますか。それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

		1日あたり			
1) ごはん、パン、麺など	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
2) 肉	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
3) 魚、貝など	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
4) 卵	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
5) 豆腐、納豆など	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
6) 野菜	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
7) くだもの	それ以下	1回	2回	3回	4回以上
8) 牛乳・ヨーグルト・チーズなど	それ以下	1回	2回	3回	4回以上

【3】睡眠についておたずねします。

(1) 過去1ヶ月間、夜中に1日平均何時間くらい眠りましたか(昼寝は含みません)。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- a. 5時間未満 b. 5時間以上6時間未満 c. 6時間以上7時間未満
- d. 7時間以上8時間未満 e. 8時間以上9時間未満 f. 9時間以上

(2) 過去1ヶ月間の昼寝についてお尋ねします。当てはまるもの1つに○を付けてください。

また、b. 昼寝をする場合は、1日平均何分くらい昼寝をしたか記入してください。

- a. 昼寝はしない b. 昼寝をする → 1日にだいたい 分くらい

(3) 以下の質問について、過去1ヶ月間に、少なくとも週3回以上経験したものに○を付けてください

1) 寝つきは?(布団に入ってから眠るまで要する時間)

- a. いつも寝つきはよい b. いつもより少し時間がかかった
- c. いつもよりかなり時間がかかった d. いつもより非常に時間がかかったか、全く眠れなかった

2) 夜間、睡眠途中で目が覚めることは?

- a. 問題になるほどではなかった b. 少し困ることがあった
- c. かなり困っている d. 深刻な状態か、全く眠れなかった

