

13 前回の検診から今までに胃の手術を受けたことがありますか？

- 1) ある    2) ない

14 前回の検診から今までにがんと診断されたことはありますか？

- 1) ある    2) ない

→ 1) ある の場合、部位はどこですか？ ( )

15 前回の検診から今までに脳梗塞、脳卒中といわれたことはありますか？

- 1) ある    2) ない

16 (男性のみ)前回の検診から今までに前立腺肥大といわれたことはありますか？

- 1) ある    2) ない

17 前回の検診から今までにその他のけがや病気で医療機関にかかったことはありますか？

- 1) ある    2) ない

→ 1) ある の場合 (具体的に )

18 前回の検診から今までに3ヶ月以上次のくすりをのんだことがありますか？

			名前がわかれば 記入してください
① 降圧薬	1) はい	2) いいえ	
② コレステロールを下げる薬	1) はい	2) いいえ	
③ 中性脂肪を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
④ 血糖を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
⑤ 尿酸を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
⑥ ステロイドホルモン	1) はい	2) いいえ	
⑦ 経口避妊薬	1) はい	2) いいえ	
⑧ 抗うつ剤 (気分のおちこみをおさえる薬)	1) はい	2) いいえ	
⑨ 安定剤、睡眠薬	1) はい	2) いいえ	
⑩ 消炎鎮痛剤 (痛みどめ)	1) はい	2) いいえ	
⑪ カルシウム剤	1) はい	2) いいえ	
⑫ ビタミンD (ワンアルファ、アルファロール、エ ディロールなど)	1) はい	2) いいえ	
⑬ ビタミンK (グラケー)	1) はい	2) いいえ	
⑭ カルシトニン (骨の注射)	1) はい	2) いいえ	
⑮ PTH (骨の皮下注射)	1) はい	2) いいえ	
⑯ エピスタ (骨を強くする薬)	1) はい	2) いいえ	
⑰ ビスフォスフォネート (ボナロン、フォサマック、ベネット、 アクトネル、リカルボン、ボノテオ など)	1) はい	2) いいえ	

## 4. 関節の痛みについて

**1** 前回の検診から今までの腰痛について教えてください。(1日以上続く痛みについてお答えください。)

- 1) 前回の検診のときには痛みはなかったが今は痛い
- 2) 前回の検診のときも今も痛みがある
- 3) 前回の検診のときには痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くない方は、医療機関で治療をしましたか?  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をした方は、どのような治療をしましたか?  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 注射      オ) その他(具体的に )
- 4) 前回の検診のときも今も痛みはない

**2** 前回の検診から今までの膝痛について教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 前回の検診のときには痛みはなかったが今は痛い  
→ 痛いのは(① 右    ② 左    ③ 両方)
- 2) 前回の検診のときも今も痛みがある  
→ 痛いのは(① 右    ② 左    ③ 両方)
- 3) 前回の検診のときには痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くない方は、医療機関で治療をしましたか?  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をした方は、どのような治療をしましたか?  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 注射      オ) その他(具体的に )
- 4) 前回の検診のときも今も痛みはない

**3** 前回の検診から今までの肩痛について教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 前回の検診のときには痛みはなかったが今は痛い  
→ 痛いのは(① 右    ② 左    ③ 両方)
- 2) 前回の検診のときも今も痛みがある  
→ 痛いのは(① 右    ② 左    ③ 両方)
- 3) 前回の検診のときには痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くない方は、医療機関で治療をしましたか?  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をした方は、どのような治療をしましたか?  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 注射      オ) その他(具体的に )
- 4) 前回の検診のときも今も痛みはない

**4** 前回の検診から今までの手の痛みについて教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 前回の検診のときには痛みはなかったが今は痛い
  - 痛いのは (① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 痛い部位 (① 指先 ② 手の甲 ③ 手首 ④ 肘 ⑤ その他 (具体的に ))
- 2) 前回の検診のときも今も痛みがある
  - 痛いのは (① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 痛い部位 (① 指先 ② 手の甲 ③ 手首 ④ 肘 ⑤ その他 (具体的に ))
- 3) 前回の検診のときには痛みがあったが今は痛くない
  - 3) 痛みがあったが今は痛くない方は、医療機関で治療をしましたか？
    - ① はい ② いいえ
    - 3) ① 治療をした方は、どのような治療をしましたか？
      - ア) 薬を飲んだ イ) 湿布を貼った ウ) 理学療法 (針、お灸を含む)
      - エ) 注射 オ) その他 (具体的に )

**5** 前回の検診から今までのその他の関節の痛みについて教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 前回の検診のときには痛みはなかったが今は痛い
  - 1) 痛みを感じるのはどこですか？ (具体的に )
- 2) 前回の検診のときも今も痛みがある
  - 2) 痛みを感じるのはどこですか？ (具体的に )
- 3) 前回の検診のときには痛みがあったが今は痛くない
  - 3) 痛みがあったが今は痛くない方は、医療機関で治療をしましたか？
    - ① はい ② いいえ
    - 3) ① 治療をした方は、どのような治療をしましたか？
      - ア) 薬を飲んだ イ) 湿布を貼った ウ) 理学療法 (針、お灸を含む)
      - エ) 注射 オ) その他 (具体的に )
- 4) 前回の検診のときも今も痛みはない

**6** 前回の検診から今までの下肢のしびれについて教えてください。(1日以上続くしびれについてお答えください。)

- 1) 前回の検診のときにはしびれはなかったが今はしびれる
  - 1) しびれの部位 (複数回答可)
    - 臀部 (でんぶ) : ① 右 ② 左 ③ 両方
    - 太ももから下肢 : ① 右 ② 左 ③ 両方
    - 足の裏 : ① 右 ② 左 ③ 両方
- 2) 前回の検診のときも今もしびれがある
  - 2) しびれの部位 (複数回答可)
    - 臀部 (でんぶ) : ① 右 ② 左 ③ 両方
    - 太ももから下肢 : ① 右 ② 左 ③ 両方
    - 足の裏 : ① 右 ② 左 ③ 両方
- 3) 前回の検診のときにはしびれがあったが今はしびれない
- 4) 前回の検診のときも今もしびれはない

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**7** 前回の検診から今までの手のしびれについて教えてください。(1日以上続くしびれ)

1) 前回の検診のときにはしびれはなかったが今はしびれる

→ しびれるのは (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ しびれの部位 (① 指先 ② 手の甲 ③ 手首 ④ 肘 ⑤ その他 (具体的に ))

2) 前回の検診のときも今もしびれがある

→ しびれるのは (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ しびれの部位 (① 指先 ② 手の甲 ③ 手首 ④ 肘 ⑤ その他 (具体的に ))

3) 前回の検診のときにはしびれがあったが今はしびれない

4) 前回の検診のときも今もしびれはない

## 5. 運動や仕事、日光浴などについて

- 1** 現在の一般的な健康状態はいかがですか？
- 1) とても調子がよい
  - 2) 調子がよい
  - 3) まずまず
  - 4) すこし調子が悪い
  - 5) 調子が悪い
- 2** 毎日、歩いている時間は合計どのくらいですか？
- 1) なし
  - 2) 30分未満
  - 3) 30分～1時間
  - 4) 1時間以上
- 3** 毎日、自転車にのっている時間は合計どのくらいですか？
- 1) 乗らない
  - 2) 30分未満
  - 3) 30分～1時間
  - 4) 1時間以上
- 4** 今、汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をどのくらいの時間していますか？
- 1) しない
  - 2) たまにする
  - 3) 週2時間未満
  - 4) 週2時間以上
- 5** 今、仕事と家庭での運動量の程度はどのくらいですか？
- 1) 軽い（ほとんど家にいる～買い物に出る程度）
  - 2) 中等度（歩行、ゴルフ、サイクリング、ゲートボールなど）
  - 3) 強い（ダンスなど、仕事では運搬など）
  - 4) かなり強い（水泳など、仕事では林業、激しい農作業や工事現場など）
- 6** 今、仕事（主婦業も含む）はされていますか？されている方は職業名をお答えください。
- 1) はい（職業名  ）
  - 2) いいえ

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**7** 仕事をされている方にお聞きします。現在の仕事（主婦業も含む）は次のどの分類が一番当てはまりますか？

- 1) 軽作業（重たいものは持たない立ち仕事：一般的な掃除・アイロンがけ・調理・運転・一般のオフィス作業・短距離しか歩かない）
- 2) 屋内作業（軽量のものの運搬・歩行時間が多い・清掃業・庭仕事・左官・配管業・電気工）
- 3) 重労働（農作業一般・工事一般・材木業・林業）
- 4) 仕事中はほとんど腰かけている

**8** あなたが一番長く従事したお仕事はどのような種類でしたか？

- 1) おもに事務作業
- 2) おもに現場作業
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**9** あなたが一番長く従事したお仕事は主にどこで働くものでしたか？

- 1) 主に屋内
- 2) 主に屋外
- 3) 屋内と屋外と半々ぐらい
- 4) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**10** あなたのその仕事は次のうちどれが一番近い働き方ですか？

- 1) ほとんど座ったままの仕事で歩くことは少ない。  
（時計屋、事務職、工場での針仕事など）
- 2) 歩くことは多いが、重いものを持ち上げたり運ぶことは少ない。  
（店員、主婦、軽作業員、動く必要のある事務職など）
- 3) 歩いたりものを運んだりすることが多い。またはときどき段や坂をのぼる。  
（大工、農業など）
- 4) 重肉体労働で重いものを持ち上げたり、運んだり、シャベルで掘り返したりする。  
（林業、激しい農作業、建設業の現場など）

**11** ここ1ヶ月間の1日平均睡眠時間はどのくらいでしたか？

- 1) 5時間未満
- 2) 5時間以上～6時間未満
- 3) 6時間以上～7時間未満
- 4) 7時間以上

**12** 現在の視力で新聞の字を見ることができますか？

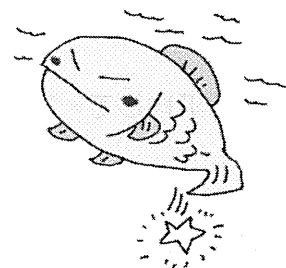
- 1) 眼鏡をかけなくても見える
- 2) 眼鏡をかければ見える
- 3) 見えない

**13** 今、自分の歯が何本残っていますか？

- 1) 全部自分の歯
- 2) 自分の歯が残っている。 → (         ) 本ぐらい
- 3) 自分の歯はない。 → (         ) 歳から

**14** 今、あなたはどのくらい日光浴をしていますか？

- 1) しない
- 2) たまにする
- 3) 週2時間未満
- 4) 週2時間以上



## 6. たばこ・アルコールについて

前回の検診から今まででたばこの吸い方はどうなったか教えてください。

**1** 今、たばこは吸っていますか？

1) はい

以下の(ア)～(カ)より該当するものに○を付けてください。

(ア) 前と変わらず吸っている

(イ) 吸っているが本数は減った

(ウ) 前よりも本数が増えた

(エ) やめていたが吸うようになった

(オ) 今まで吸ったことがなかったが吸うようになった

(カ) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

2) 吸っていたがやめた

3) いいえ

1) はい の場合は以下の質問にお答えください。2) 吸っていたがやめた の場合は **5** へお進みください。3) いいえ の場合は次のページへお進みください。

**2** 1) はいの方はいつから吸いはじめましたか？

( \_\_\_\_\_ ) 歳 または ( \_\_\_\_\_ ) 年前

**3** 今は平均して一日に何本ぐらい吸いますか？

( \_\_\_\_\_ ) 本

**4** 前回の検診から今までで3ヶ月以上禁煙したことはありますか？

1) はい → ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月ぐらい禁煙した。

2) いいえ

**5** 2) 吸っていたがやめた方はいつからいつまで吸ってましたか？

( \_\_\_\_\_ ) 歳 から ( \_\_\_\_\_ ) 歳

**6** 2) 吸っていたがやめた方は平均して一日に何本ぐらい吸ってましたか？

( \_\_\_\_\_ ) 本



前回の検診から今まででアルコールの飲み方はどうなったか教えてください。

**1** 今、アルコールを飲んでいますか？

1) はい

以下の(ア)～(カ)より該当するものに○を付けてください。

(ア) 前と変わらず飲んでいる

(イ) 飲んでいるが量は減った

(ウ) 前よりも量が増えた

(エ) やめていたが飲むようになった

(オ) 今まで飲んだことがなかったが飲むようになった

(カ) その他(具体的に )

2) 飲んでいたがやめた

3) いいえ

1) はい の場合は以下の質問にお答えください。2) 飲んでいたがやめた の場合は **5** へお進みください。3) いいえ の場合は16ページへお進みください。

**2** 1) はいの方はいつから飲みはじめましたか？

( ) 歳 または ( ) 年前

**3** 1) はいの方は今どのくらいの回数飲みますか？

1) ほとんど毎日(週5日以上)

2) 週3～4回

3) 週1～2回

4) 週1回未満

**4** 1) はいの方は一回あたりの量はどのくらいですか？

ビール(瓶・缶) 本・缶

ワイン(グラスで) 杯

日本酒 合

焼酎 合

ウイスキー・ブランディ 杯

その他( ) 杯

**5** 2) 飲んでいたがやめた方は、いつからいつまで飲んでいましたか？

( ) 歳 から ( ) 歳

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**6** 2) 飲んでいたがやめた方はどのくらいの回数飲んでいましたか？

- 1) ほとんど毎日（週5日以上）
- 2) 週3～4回
- 3) 週1～2回
- 4) 週1回未満

**7** 2) 飲んでいたがやめた方は一回あたりの量はどのくらいですか？

ビール（瓶・缶）	本・缶
ワイン（グラスで）	杯
日本酒	合
焼酎	合
ウイスキー・ブランディ	杯
その他（                      ）	杯

## 7. SF-8

- 1** 全体的にみて過去1ヶ月のあなたの健康状態はいかがでしたか？  
 1) 最高によい      2) とても良い      3) 良い      4) あまり良くない  
 5) 良くない      6) ぜんぜん良くない
- 2** 過去1ヶ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を登ったりなど）をすることが身体的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 体を使う日常活動ができなかった
- 3** 過去1ヶ月間に、いつもの仕事（家事を含みます）をすることが身体的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 体を使う日常活動ができなかった
- 4** 過去1ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか？  
 1) 全く痛みはなかった      2) ほとんど痛みはなかった      3) かすかな軽い痛み  
 4) 中くらいの痛み      5) 非常に強い痛み      6) 激しい痛み
- 5** 過去1ヶ月間、どのくらい元気でしたか？  
 1) 非常に元気だった      2) かなり元気だった      3) 少し元気だった  
 4) わずかに元気だった      5) ぜんぜん元気ではなかった
- 6** 過去1ヶ月間、家族や友人との普段のつき合いが身体的あるいは心理的な理由でどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) つきあいができなかった
- 7** 過去1ヶ月間、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、いらいらしたり）にどのくらい悩まされましたか？  
 1) ぜんぜん悩まされなかった      2) わずかに悩まされた      3) 少し悩まされた  
 4) かなり悩まされた      5) 非常に悩まされた
- 8** 過去1ヶ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などの普段の行動）をすることが心理的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 日常行う活動ができなかった

## 8. WOMAC

- 1** 過去48時間以内で、あなたの関節症の痛みがどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。

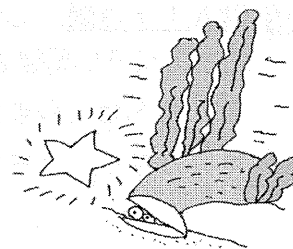
次の行動をするときどの程度の痛みですか？

行 動	痛みがない	少し痛みがある	中程度の痛みがある	かなり強い痛みがある	極度の痛みがある
①平らなところを歩く	1	2	3	4	5
②階段の上り下り	1	2	3	4	5
③夜寝るとき (眠りを妨げる痛み)	1	2	3	4	5
④いすに座ったり横になったり	1	2	3	4	5
⑤まっすぐに立つ	1	2	3	4	5

- 2** 過去48時間以内で、あなたの関節症によるこわばり（痛みではない）がどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。

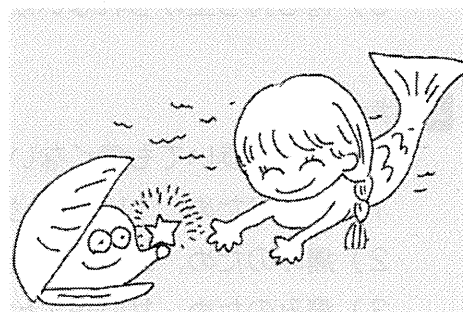
こわばりとは関節が固くなり動きが低下したときの感覚です。

行 動	こわばりはない	少しこわばりがある	中程度のこわばりがある	かなり強いこわばりがある	極度のこわばりがある
①朝最初に目が覚めたときどの程度のこわばりがありますか？	1	2	3	4	5
②日中いすに座ったり、横になったり、休憩した後どの程度のこわばりがありますか？	1	2	3	4	5



- 3** 過去48時間以内で、あなたの関節症による下記の日常生活をするときの困難がどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。これであなたの行動能力と自分の身の回りのことをする能力を評価します。次の行動をするときどの程度困難ですか？

行 動	困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	極度に困難
①階段をおりる	1	2	3	4	5
②階段をあがる	1	2	3	4	5
③いすの座位から立ち上がる	1	2	3	4	5
④立っている	1	2	3	4	5
⑤身をかがめて、床に落ちたものを拾う	1	2	3	4	5
⑥平らなところをあるく	1	2	3	4	5
⑦車の乗り降り、バスの乗り降り	1	2	3	4	5
⑧買い物に行く	1	2	3	4	5
⑨靴下またはストッキングをはく	1	2	3	4	5
⑩ベッド(布団)から起きあがる	1	2	3	4	5
⑪靴下またはストッキングを脱ぐ	1	2	3	4	5
⑫ベッド(布団)に横たわっている	1	2	3	4	5
⑬浴そうに入る、または出る	1	2	3	4	5
⑭いすに座る	1	2	3	4	5
⑮洋式トイレを使う	1	2	3	4	5
⑯困難な家事を行う (床そうじ、重いものを運ぶ、床を拭くなど)	1	2	3	4	5
⑰簡単な家事を行う (身の回りの整理、食卓の後かたづけなど)	1	2	3	4	5



## 9. Oswestry Disability Index 2.0 (腰痛、足の痛みに関して)

以下は、腰の痛み（あるいは足の痛み）が、あなたの日常生活にどのように影響しているかを知るためのものです。それぞれの項目の中で、もっともあなたの状態に近いものを選んで、番号を○でかこんでください。

### 1 痛みの強さ

- 0) 今のところ、痛みはまったくない。
- 1) 今のところ、痛みはとても軽い。
- 2) 今のところ、中くらいの痛みがある。
- 3) 今のところ、痛みは強い。
- 4) 今のところ、痛みはとても強い。
- 5) 今のところ、想像を絶するほどの痛みがある。

### 2 身の回りのこと（洗顔や着替えなど）

- 0) 痛みなく、普通に身の回りのことができる。
- 1) 身の回りのことは普通にできるが、痛みが出る。
- 2) 身の回りのことはひとりでできるが、痛いので時間がかかる。
- 3) 少し助けが必要だが、身の回りのほとんどのことは、どうにかひとりでできる。
- 4) 身の回りのほとんどのことを、他のひとに助けてもらっている。
- 5) 着替えも洗顔もできず、寝たきりである。

### 3 物を持ち上げること

- 0) 痛みなく、重いものを持ち上げることができる。
- 1) 重いものを持ち上げられるが、痛みが出る。
- 2) 床にある重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、重いものでも持ち上げられる。
- 3) 重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、それほど重くないものは持ち上げられる。
- 4) 軽いものしか持ち上げられない。
- 5) 何も持ち上げられないか、持ち運びもできない。

### 4 歩くこと

- 0) いくら歩いても痛くない。
- 1) 痛みのため、1 km以上歩けない。
- 2) 痛みのため、500m以上歩けない。
- 3) 痛みのため、100m以上歩けない。
- 4) つえや松葉づえなしでは歩けない。
- 5) ほとんどとこの中で過ごし、歩けない。

**5** 座ること

- 0) どんないすにでも、好きなだけ座ってられる。
- 1) 座りごちの良いいすであれば、いつまでも座ってられる。
- 2) 痛みのため、1時間以上は座ってられない。
- 3) 痛みのため、30分以上は座ってられない。
- 4) 痛みのため、10分以上は座ってられない。
- 5) 痛みのため、座ることができない。

**6** 立っていること

- 0) 痛みなく、好きなだけ立ってられる。
- 1) 痛みはあるが、好きなだけ立ってられる。
- 2) 痛みのため、1時間以上は立ってられない。
- 3) 痛みのため、30分以上は立ってられない。
- 4) 痛みのため、10分以上は立ってられない。
- 5) 痛みのため、立ってられない。

**7** 睡眠

- 0) 痛くて目をさますことはない。
- 1) ときどき、痛くて目をさますことがある。
- 2) 痛みのため、6時間以上ねむれない。
- 3) 痛みのため、4時間以上ねむれない。
- 4) 痛みのため、2時間以上ねむれない。
- 5) 痛みのため、ねむることができない。

**8** 社会生活（仕事以外での付き合い）

- 0) 社会生活はふつうで、痛みはない。
- 1) 社会生活はふつうだが、痛みが増す。
- 2) スポーツなどのように、体を動かすようなものをのぞけば、社会生活に大きな影響はない。
- 3) 痛みのため社会生活は制限され、あまり外出しない。
- 4) 痛みのため、社会生活は家の中だけに限られる。
- 5) 痛みのため社会生活はない。

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**9** 乗り物での移動

- 0) 痛みなくどこへでも行ける。
- 1) どこへでも行けるが、痛みが出る。
- 2) 痛みはあるが、2時間程度なら乗り物に乗っていただける。
- 3) 痛みのため、1時間以上は乗ってられない。
- 4) 痛みのため、30分以上は乗ってられない。
- 5) 痛みのため、病院へ行くとき以外は乗り物には乗らない。



## 10. EQ5D

**1** 以下のそれぞれの項目の一つの四角に印をつけて、あなた自身の今日の健康状態を最も良く表している記述を示して下さい。

## 1) 移動の程度

- 私は歩き回るのに問題はない
- 私は歩き回るのにいくらか問題がある
- 私はベッド（床）に寝たきりである

## 2) 身の回りの管理

- 私は身の回りの管理に問題はない
- 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
- 私は洗面や着替えを自分でできない

## 3) ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）

- 私はふだんの活動を行うのに問題はない
- 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
- 私はふだんの活動を行うことができない

## 4) 痛み／不快感

- 私は痛みや不快感はない
- 私は中程度の痛みや不快感がある
- 私はひどい痛みや不快感がある

## 5) 不安／ふさぎ込み

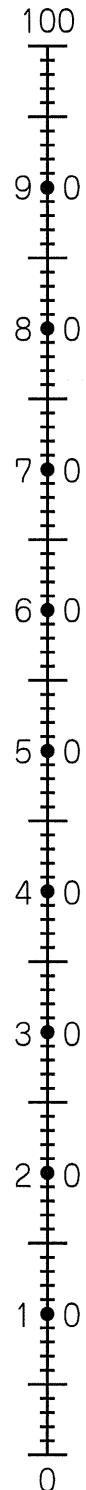
- 私は不安でもふさぎ込んでもない
- 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**2** 健康状態がどのくらい良いか悪いかを表わしてもらうために、(温度計に似たような) 目盛を描きました。目盛には、あなたの想像できる最も良い状態として100、あなたの想像できる最も悪い状態として0が付けられています。

あなたの今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを、あなたの考えでこの目盛上に示してください。

想像できる  
最も良い  
健康状態



想像できる  
最も悪い  
健康状態

## 11. 行動の変容

今回の骨関節疾患予防検診についてお伺いします。

**1** 前回の検診後から今までにあなたの生活習慣に変化がみられましたか？

- 1) はい
- 2) いいえ

1) はい と答えた方は以下の質問にお答えください。2) いいえ とお答えの方は次のページにお進みください。

**2** 1) はい とお答えの方はどのように変わりましたか？

- 1) 以前よりも良い方に変わった → **3** へお進みください。
- 2) 以前よりも悪い方に変わった → **6** へお進みください。
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**3** 良い方に変わったとお答えの方は、運動をするようになったのですか？

- 1) はい（具体的に \_\_\_\_\_ )
- 2) いいえ
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**4** 良い方に変わったとお答えの方は、栄養に気を付けるようになったのですか？

- 1) はい（具体的に \_\_\_\_\_ )
- 2) いいえ
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**5** 良い方に変わったとお答えの方は、運動栄養以外の生活習慣が改善されたのですか？

- 1) はい（具体的に \_\_\_\_\_ )
- 2) いいえ
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

**6** 悪い方に変わったとお答えの方は、どのような点が悪いとお感じなのかをお教えてください。

( \_\_\_\_\_ )

## 12. (女性のみ)月経について

**1** 前回の検診から今までに妊娠されたことがありますか？（流産や死産も含みます。）

- 1) ある                      2) ない

1) ある と答えた方は次の質問に続けてお答え下さい。2) ない と答えた方は **3** へお進み下さい。

**2** 前回の検診から今までにお産をされましたか？

- 1) はい                      2) いいえ

**3** 前回の検診から今までに女性ホルモンを飲んだり注射をしたりしたことがありますか？

- 1) はい                      2) いいえ

**4** 1) はい の場合、何ヶ月飲んだり注射をしましたか？

(        ) ヶ月くらい

**5** 前回の検診から今までの月経の状況をお教えてください。

- 1) 以前も今も規則的にある。 → **6** へお進みください。  
2) 以前は規則的にあったが今は不規則である。 → **6** へお進みください。  
3) 以前はあったが前回の検診後閉経（生理が終わった、生理がない）した。  
→ 次ページの **7** へお進みください。  
4) 以前も今も閉経（生理が終わった、生理がない） → 閉経は（        ）歳の時  
→ 27ページの **13. 生活機能チェックシート** へお進みください。

**6** **5** で1)、2)と答えた方は一番最近の生理はいつだったかお教え下さい。

一番最近の生理は 平成（        ）年（        ）月ごろだった。

1)、2)と答えた方は27ページ **13. 生活機能チェックシート** へお進みください。

