

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**6 ①** で6) 飲んでいたがやめたかたは、一回あたりどのくらい飲んでいましたか？

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** この3年でたばこの吸い方はどうなりましたか？

- 1) 前と変わらず吸っている
- 2) 飲んでいるが本数は減った
- 3) 前よりも本数が増えた
- 4) やめていたが吸うようになった
- 5) 今まで吸ったことがなかったが吸うようになった
- 6) 吸っていたがやめた
- 7) 3年前も今も吸っていない
- 8) その他（具体的に    ）

1～5) 今吸っている方は以下の質問にお答えください。

6) 吸っていたがやめたかたは **11** へお進みください

7) 吸わないかたは次のページへお進みください。

**8 ⑦** で1～5) 吸っているかたはいつから吸いはじめましたか？

（                  ）歳 または （                  ）年前

**9** 今は平均して一日に何本ぐらい吸いますか？

（                  ）本

**10** この3年で3ヶ月以上禁煙したことはありますか？

- 1) はい → （                  ）ヶ月くらい禁煙した。
- 2) いいえ

**11 ⑦** で6) 吸っていたがやめたかたはいつから吸いはじめましたか？

（                  ）歳 または （                  ）年前

**12 ⑦** で6) 吸っていたがやめたかたは平均して一日に何本ぐらい吸っていましたか？

（                  ）本

## 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) 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。

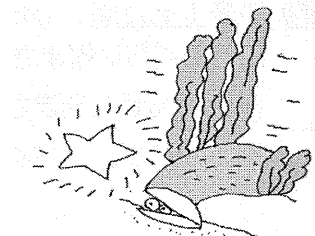
次の行動をするときどの程度の痛みですか？

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。

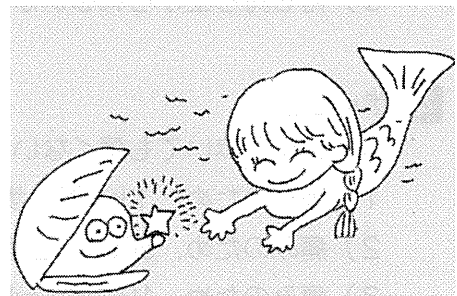
こわばりとは関節が固くなり動きが低下したときの感覚です。

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、休憩した後に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階段をあげる	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 (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、他のひとに助けられている。
- 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) 座りごこ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** 性生活（関係あればお答え下さい）

- 0) 性生活はいつもどおりで、痛みはない。
- 1) 性生活はいつもどおりだが、痛みがでる。
- 2) 性生活はほぼいつもどおりだが、かなり痛む。
- 3) 性生活は、痛みのためにかなり制限される。
- 4) 性生活は、痛みのためにほとんどない。
- 5) 性生活は、痛みのためにまったくない。

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**9** 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。

**10** 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を示してください。

想像できる  
最も良い  
健康状態

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

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

**3** 良い方へ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** 良い方へ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** 良い方へ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** 悪い方へ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** 3年前からいまま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

あると答えた方は次の質問に続けてお答え下さい。

ないとお答えの方は **3** へお進み下さい。

- 2** 3年前からいまままでにお産をされましたか。  
1) はい                      2) いいえ

- 3** 3年前からいまま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** 3年前からいまままでの月経の状況をお教えてください。  
1) 3年前も今も規則的にある → **6** へお進みください。  
2) 3年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) 3年前はあったがこの3年で閉経(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) 3年前も今も閉経(生理が終わった、生理がない) → 閉経は(              )歳の時

4)と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

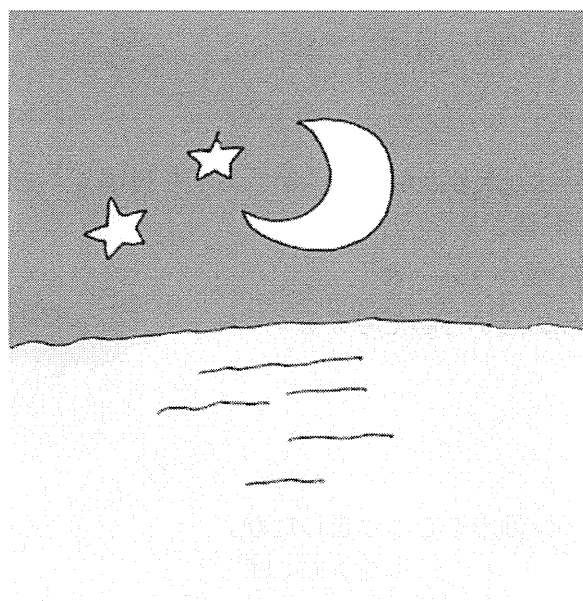
- 6** **5** で1)、2)と答えた方は一番最近の生理はいつだったかお教え下さい。  
一番最近の生理は 平成(              )年(              )月ごろだった。

1)、2)と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。



- 5 3) この3年で閉経になったと答えた方は次の質問にお答え下さい。
- 7 3年前は月経があったがこの3年で閉経の場合、最後の生理の時は何歳でしたか。  
( ) 歳
- 8 閉経の理由を教えてください。  
1) 自然に生理が終わった  
2) 手術などの人工的な閉経  
3) その他理由があれば具体的に ( )
- 9 人工的な閉経の場合、どんな方法によりますか。(いくつ○を付けても結構です)  
1) 子宮を手術で取った ( ) 歳の時  
2) 卵巣を二つとも手術で取った ( ) 歳の時  
3) 卵巣を片方、手術でとった ( ) 歳の時  
4) 卵巣に放射線をあてた ( ) 歳の時  
5) その他 ( ) ( ) 歳の時
- 10 閉経時に次のような症状がありましたか。あれば○を付けて下さい。  
(いくつ○を付けても結構です)  
1) のぼせや顔面の紅潮  
2) 気分がふさいだりいらいらしたりする  
3) 不眠  
4) その他 ( )
- 11 閉経前後に女性ホルモンの治療を受けましたか。  
1) はい 2) いいえ
- 12 11で1) はいの場合、女性ホルモンの治療を1年以上続けましたか。  
1) はい 2) いいえ

これで質問は全部終わりです。  
ご協力どうもありがとうございました。



2009.11月～

# 太地町骨関節疾患予防検診追跡問診票

ID: \_\_\_\_\_

この度は調査についてお話しする機会をいただきどうもありがとうございます。

太地町では東京大学22世紀医療センターと共同で変形性関節症や骨粗鬆症の予防を目的とした骨関節疾患予防検診を2006年10月から2007年2月に行って参りました。

今回は検診後3年の追跡調査として、この3年の間に皆様方の膝、腰椎、股関節の関節や骨の状態が健康なままなのか、それともすり減ったり曲がったりしてきていないかなどの変化をしたかを知るよい機会になると考えております。つきましては、皆様の生活がどのように変わったかどうかの問診票をお配りし、お尋ねをさせていただきます。皆様の骨関節に関する病気を予防するために、どのようなことに気をつければいいのかについての問診票ですので、どうぞご協力くださいますようお願いいたします。

プライバシーの保持には万全を期しております。あなた様にご迷惑がかかるようなことは絶対にございませんので、どうぞご協力のほどよろしくをお願いいたします。

生年月日：明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

性別： 男 ・ 女

お名前： \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

今日の日付：平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

インタビューサイン \_\_\_\_\_



東京大学医学部附属病院22世紀医療センター  
関節疾患総合研究講座  
臨床運動器医学講座  
太地町役場 住民福祉課

2009.10月吉日 吉村典子作成



**6** 骨折したときの服装は（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

- 1) 和服
- 2) 洋服
- 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**7** そのときの履き物は（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

- 1) くつ                      2) げた                      3) ぞうり、サンダル                      4) スリッパ
- 5) くつした、たび      6) はだし                      7) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**8** そのときになにか別の病気や次に当てはまることがありましたか？（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

（下の番号からお選びください。いくつ選んでも結構です。）

- 1) 脳卒中                      2) 心臓の病気                      3) ふらつき、めまい
- 4) 膝などが固く動きにくい      5) 興奮していた                      6) ゆううつだった
- 7) 目がかすんでいた                      8) その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 9) 特になし

**9** そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

（下の番号からお選びください。いくつ選んでも結構です。）

- 0) 飲まなかった
- 1) 精神安定剤・睡眠薬
- 2) 降圧剤（血圧の薬）
- 3) くしゃみ止めや風邪薬
- 4) アルコール
- 5) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**10** 今も痛いなど骨折の影響は今もありますか？

- 1) はい →（具体的に \_\_\_\_\_ ）
- 2) いいえ

**11** 3年前から今までに、骨粗鬆症（骨が弱い、もろい）といわれましたか。

- 1) はい
- 2) いいえ

**12** 3年前から今までに骨粗鬆症の治療（骨が強くなる）を受けたことがありますか。

- 1) はい（1. 筋注      2. 静注      3. 服薬 → 薬の名前 \_\_\_\_\_ ）
- 2) いいえ



2. いままでのころびやねこんだことについて

1 この3年でころんだことがありますか。

- 1) ある
- 2) ない

1) ある と答えた方は以下の質問にお答えください。2) ない 方は 11 へお進みください。

2 ころんだことがある方は何回くらいころびましたか。

3年で ( ) 回くらい

3 ころんだことがある方は、その結果どのようになりましたか。(何回もころんだ方は一番最近の転びについてお答えください。)

- 1) 骨折した → 骨折した部位は ( )
- 2) 骨は折れなかったが何日か寝込むほどの痛みがあった
- 3) 打ち身はあったがねこむほどではなかった
- 4) 特になんということとはなかった

4 ころびの原因はなんですか？詳しくお教えてください。

(具体的に )

5 ころんだときの場所はどこでしたか？

- 1) 屋内
- 2) 屋外
- 3) その他 ( )

6 そのときの明るさは

- 1) 昼間のような明るさで
- 2) 薄明かりで
- 3) 暗闇で

7 そのときの服装は？

- 1) 和服
- 2) 洋服
- 3) その他 (具体的に )

8 そのときの履き物は？

- 1) くつ
- 2) げた
- 3) ぞうり、サンダル
- 4) スリッパ
- 5) くつした、たび
- 6) はだし
- 7) その他 (具体的に )

**9** そのときになにか別の病気や次に当てはまることがありましたか？

(いくつ○を付けても結構です。)

- |                |            |             |
|----------------|------------|-------------|
| 1) 脳卒中         | 2) 心臓の病気   | 3) ふらつき、めまい |
| 4) 膝などが固く動きにくい | 5) 興奮していた  | 6) ゆううつだった  |
| 7) 目がかすんでいた    | 8) その他 ( ) |             |
| 9) 特になし        |            |             |

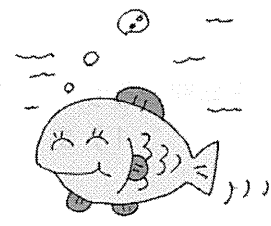
**10** そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？

(いくつ○を付けても結構です。)

- 0) 飲まなかった
- 1) 精神安定剤・睡眠薬
- 2) 降圧剤（血圧の薬）
- 3) くしゃみ止めや風邪薬
- 4) アルコール
- 5) その他（具体的に )

**11** この3年で1ヶ月以上続けて入院したことはありますか？

- 1) はい（それはなぜですか？ )
- 2) いいえ



**3. いままでの病気やくすりについて**

3年前から今までに新たに病気にかかった（医療機関で言われた、医師に診察してもらった）ことがないかどうか、教えてください。

- 1** 3年前から今までに高血圧にかかったことがありますか。  
1) ある                      2) ない
  
- 2** 3年前から今までに高脂血症にかかったことがありますか。  
1) ある                      2) ない
  
- 3** 3年前から今までに糖尿病にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 4** 3年前から今までにインスリン治療をしたことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 5** 3年前から今までに痛風にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 6** 3年前から今までに狭心症にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 7** 3年前から今までに気管支喘息にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 8** 3年前から今までにうつ病にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 9** 3年前から今までに胃潰瘍にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 10** 3年前から今までに十二指腸潰瘍にかかったことがありますか？  
1) ある                      2) ない
  
- 11** 3年前から今までに胃にピロリ菌がいると言われたことがありますか？  
1) ある                      2) ない  
→ 1) ある の場合除菌をしましたか？    ① した            ② しない

12 3年前から今までに腎透析をしたことがありますか？  
 1) ある 2) ない

13 3年前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  
 → 1) ある の場合、胃を全部手術で摘出しましたか？  
 (① はい、全部 ② いいえ、一部のみ ③ その他(具体的に ) )

14 3年前から今までに、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 (男性のみ) 3年前から今までに前立腺肥大にかかったことがありますか？  
 1) ある 2) ない

16 3年前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 )

17 3年前からいまままでに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(血圧のくすり)	1) はい	2) いいえ	
② コレステロールや脂肪を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
③ 血糖を下げる薬(糖尿のくすり)	1) はい	2) いいえ	
④ 尿酸を下げる薬(痛風のくすり)	1) はい	2) いいえ	
⑤ ステロイドホルモン	1) はい	2) いいえ	
⑥ 経口避妊薬 (妊娠をおさえるくすり)	1) はい	2) いいえ	
⑦ 抗うつ剤 (気分のおちこみをおさえるくすり)	1) はい	2) いいえ	
⑧ 安定剤、睡眠薬	1) はい	2) いいえ	
⑨ 消炎鎮痛剤(痛みどめ)	1) はい	2) いいえ	
⑩ カルシウム剤	1) はい	2) いいえ	
⑪ ビタミンD	1) はい	2) いいえ	
⑫ カルシトニン(骨の注射)	1) はい	2) いいえ	
⑬ エビスタ (骨を強くする薬で1日1回のむくすり)	1) はい	2) いいえ	
⑭ ビスフォスフォネート (朝、起きぬげに飲んで、30分ねころばないでといわれるくすり)	1) はい	2) いいえ	