

## 5. 運動について

**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) すこし調が悪い
- 5) 調が悪い

**2** 毎日、歩いている時間は合計どのくらいですか。

- 1) 30分未満
- 2) 30分～1時間
- 3) 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。

- 0) 乗らない
- 1) 30分未満
- 2) 30分～1時間
- 3) 1時間以上

**4** いま汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をしていますか。

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

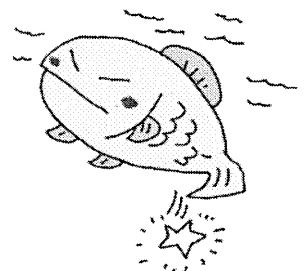
→ 2～4) 運動をするかたはどのような運動をしていますか？

(具体的に

)

**5** あなたは最近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

**1** 現在、たばこを吸っていますか？

- 1) はい                      2) いいえ                      3) 以前吸っていたがやめた

1) 今吸っている方は以下の質問にお答えください。

3) 吸っていたがやめたかたは **5** へお進みください

2) 吸わないかたは **7** へお進みください。

**2** 1) 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

**3** 今は平均して一日に何本ぐらい吸いますか？

(            ) 本

**4** 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 → (            ) ヶ月ぐらい禁煙した。

2) いいえ

**5** 3) 吸っていたがやめたかたはいつからいつまで吸ってましたか？

(            ) 歳 から (            ) 歳

**6** 3) 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ましたか？

(            ) 本

**7** 現在、アルコールを飲んでいますか？

- 1) はい                      2) いいえ                      3) 以前飲んでいたがやめた

1) 今飲んでいるかたは以下の質問にお答えください。

3) 飲んでいたがやめたかたは **10** へお進みください

2) 飲まないかたは12ページへお進みください。

**8** 1) 飲んでいるかたはいつから飲みはじめましたか？

(            ) 歳 または (            ) 年前

● 第3回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

9) 1) 飲んでいるかたは今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

10) 3) 飲んでいたがやめたかたは、いつからいつまで飲んでましたか？

（        ）歳 から （        ）歳

11) 3) 飲んでいたがやめたかた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. 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。

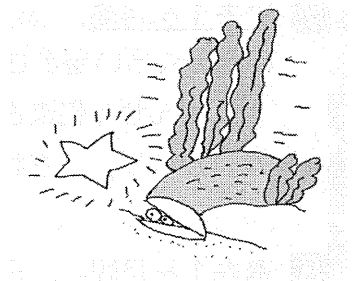
次の行動をするときどの程度の痛みですか？

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。

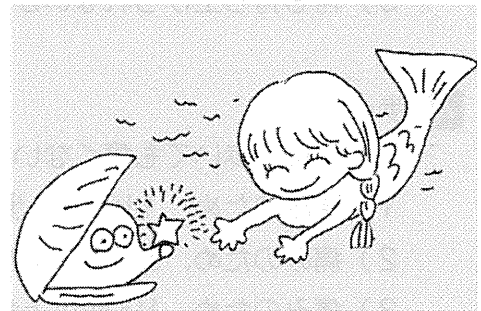
こわばりとは関節が固くなり動きが低下したときの感覚です。

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（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) 座りごこ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。

**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られる。
- 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

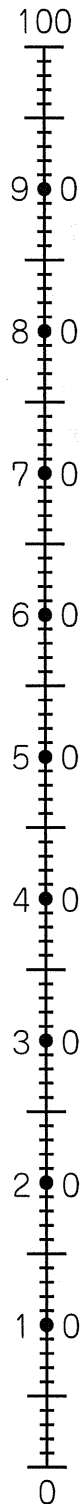
5) 不安／ふさぎ込み

- 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

**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. 職業

- 1** 現在、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
- 2** 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

## 12. 生活機能チェックシート

### 基本チェックリスト（厚生労働省作成）

#### 暮らしぶり その1

- 1 バスや電車で1人で外出していますか  
0) はい 1) いいえ
- 2 日用品の買い物をしていますか  
0) はい 1) いいえ
- 3 預貯金の出し入れをしていますか  
0) はい 1) いいえ
- 4 友人の家を訪ねていますか  
0) はい 1) いいえ
- 5 家族や友人の相談にのっていますか  
0) はい 1) いいえ

#### 運動器関係

- 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか  
0) はい 1) いいえ
- 7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか  
0) はい 1) いいえ
- 8 15分間位続けて歩いていますか  
0) はい 1) いいえ
- 9 この1年間に転んだことがありますか  
1) はい 0) いいえ
- 10 転倒に対する不安は大きいですか  
1) はい 0) いいえ

#### 栄養・口腔機能等の関係

- 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか  
1) はい 0) いいえ
- 12 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか  
1) はい 0) いいえ

● 第3回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

13 お茶や汁物等でむせることがありますか  
1) はい 0) いいえ

14 口の渇きが気になりますか  
1) はい 0) いいえ

暮らしぶり その2

15 週に1回以上は外出していますか  
0) はい 1) いいえ

16 昨年と比べて外出の回数が減っていますか  
1) はい 0) いいえ

17 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか  
1) はい 0) いいえ

18 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか  
0) はい 1) いいえ

19 今日が何月何日かわからない時がありますか  
1) はい 0) いいえ

こころ

20 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない  
1) はい 0) いいえ

21 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった  
1) はい 0) いいえ

22 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる  
1) はい 0) いいえ

23 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない  
1) はい 0) いいえ

24 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする  
1) はい 0) いいえ

介護認定について

現在、介護認定を受けていますか？受けている方は、その等級に丸をつけてください。

1. 受けている (要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)  
→ 認定日はいつですか？ ( 年 月)
2. 受けていない

### 13. ロコチェック

- 1 片脚立ちで靴下がはけない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 2 家のなかでつまずいたり滑ったりする。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 3 階段を上るのに手すりが必要である。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 4 横断歩道を青信号で渡りきれない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 5 15分くらい続けて歩けない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 6 2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である。  
(1リットルの牛乳パック2個程度)  
1) はい                      2) いいえ
  
- 7 家のやや重い仕事が困難である。  
(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)  
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。

# 第3回 日高川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ありがとうございます。

日高川町では東京大学22世紀医療センターと共同で変形性膝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2005年10月～2006年2月、2008年10月～2009年1月の2回に行って参りました。

今回は3回目の骨関節検診として、前の検診から今までの間に皆様方の膝、腰椎、股関節の関節がどのように変化をしたか、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ので、どうぞよろしくお願いたします。

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

性別： 男 ・ 女

お名前： \_\_\_\_\_

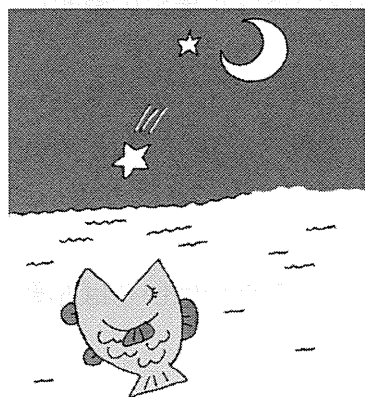
ご住所： \_\_\_\_\_

**1** 前回（4年前）の骨関節の検診をうけましたか？

1) はい          2) いいえ

**2** 2) いいえ の方は7年前の検診をうけましたか？

1) はい          2) いいえ



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  
日高川町役場 保健福祉課

2012年 吉村典子作成

**1. 今までの骨折や骨の病気のことについて**

前回の検診から今までに骨折や骨の病気がなかったかどうか、お教えてください。  
あてはまるものの番号に○をおつけください。

- 1** 前回の検診から今までで骨折したことがありますか？  
1) はい      2) いいえ  
1) はい の場合は以下の質問にお答えください。2) いいえ の場合は **11** へお進みください。

- 2** 骨折の場所はどこですか？（もし2ヶ所以上の場合はすべてお答えください。）

- 1) 右肩      (      ) 歳
- 2) 左肩      (      ) 歳
- 3) 右手首    (      ) 歳
- 4) 左手首    (      ) 歳
- 5) 右股関節(足の付け根) (      ) 歳  
    → 骨折したとき手術をしましたか？  
    ① した    ② しない    ③ わからない
- 6) 左股関節(足の付け根) (      ) 歳  
    → 骨折したとき手術をしましたか？  
    ① した    ② しない    ③ わからない
- 7) 背骨、腰骨 (      ) 歳
- 8) その他 ① (      )  
            (      ) 歳  
            ② (      )  
            (      ) 歳

- 3** 骨折の原因はなんですか？詳しくお教えてください。（もし2回以上の場合はすべてお答えください。）

(      )  
(      )

- 4** 骨折したときの場所はどこでしたか？（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。）

- 1) 屋内
- 2) 屋外
- 3) その他 (      )

- 5** 骨折したときは、どのくらいの明るさでしたか？（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。）

- 1) 昼間のような明るさで      2) 薄明かりで      3) 暗闇で



**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、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** 今も骨折部が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** 前回の検診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** 前回の検診から今まで骨粗鬆症の治療（骨が強くなる）をし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



9 そのとき、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        |           |             |

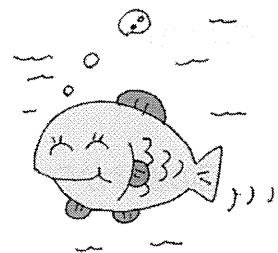
10 そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？

(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 )

11 前回の検診から今までで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. 前回の検診から新たにかかった病気やくすりについて**

前回の検診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、お教えてください。

- 1** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診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** 前回の検診から今までにピロリ菌にかかったことがありますか？  
1) ある 2) ない 3) 不明  
→ 1) ある の場合除菌をしましたか？ ① した ② しない
- 12** 前回の検診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