

次に、睡眠についてお聞きします

問5. (1) から (9) のそれぞれについて、過去 1 ヶ月間を振り返り、
あなたの睡眠習慣についてお答え下さい。
設問に沿ってあてはまる番号に○、または数字をご記入下さい。

(1) 通常、何時ごろ寢床につきましたか。

1. 午前	2. 午後	→	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分ごろ
-------	-------	---	----------------------	---	----------------------	-----

※昼の 12 時は「午後 0 時」、夜の 12 時は「午前 0 時」となります。

(2) 寢床についてから眠るまでに、どれくらい時間がかかりましたか。

約 分

(3) 通常、何時ごろ起床しましたか。

1. 午前	2. 午後	→	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分ごろ
-------	-------	---	----------------------	---	----------------------	-----

(4) 実際の睡眠時間は、平均すると何時間ぐらいでしたか。

1 日平均 約 時間 分

※寢床の中にいた時間ではなく、実際の睡眠時間をご記入下さい。

(5) どのくらいの頻度で、以下の理由のために睡眠が困難でしたか。A～Jのそれぞれについて、最もあてはまるものひとつの番号に○をつけてください。

理 由	なし	1週間に 1回未満	1週間に 1～2回	1週間に 3回以上
A. 寝床についてから、30分以内に眠ることができなかったから →	1	2	3	4
B. 夜間、または早朝に目が覚めたから →	1	2	3	4
C. 夜間にトイレに起きたから →	1	2	3	4
D. 夜間に息苦しかったから →	1	2	3	4
E. 夜間に咳が出たり、大きないびきをかいたりしたから →	1	2	3	4
F. 夜間にひどく寒く感じたから →	1	2	3	4
G. 夜間にひどく暑く感じたから →	1	2	3	4
H. 夜間に悪い夢を見たから →	1	2	3	4
I. 夜間に痛みがあったから →	1	2	3	4
J. A～I以外の理由がある場合は、次の空欄に具体的にご記入ください 【理由】 ----- ----- ----- 上記の理由のために、どのくらいの頻度で睡眠が困難でしたか →	1	2	3	4

(6) 過去1ヶ月間を振り返り、ご自分の睡眠の質を全体としてどのように評価しますか。

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 非常によい | 2. かなりよい |
| 3. かなりわるい | 4. 非常にわるい |

(7) どのくらいの頻度で眠るために薬を服用しましたか。

(医師から処方された薬あるいは薬局で買った薬)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. なし | 2. 1週間に1回未満 |
| 3. 1週間に1~2回 | 4. 1週間に3回以上 |

(8) どのくらいの頻度で車の運転中や食事中、社会活動中など、眠ってはいけない時に起きていられなくなり困ったことがありましたか。

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. なし | 2. 1週間に1回未満 |
| 3. 1週間に1~2回 | 4. 1週間に3回以上 |

(9) 過去1ヶ月間において、物事をやりとげるのに必要な意欲を持続する上で、どのくらい問題がありましたか。

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. 全く問題なかった | 2. ほんのわずかだけ問題があった |
| 3. いくらか問題があった | 4. 非常に大きな問題があった |

次に、生活についてお聞きします

問6. 生活全般についてお聞きします。

(1)～(7)のそれぞれについて、いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。

(1) この1年間に生活面で大きな変化はありましたか。

(転居・退職・身内の不幸・金銭面や人とのトラブルなど)

1. はい 2. いいえ

(2) 以前(40歳～64歳)から歯の状態(歯槽膿漏や入れ歯)はよかったですか。

1. 良い 2. ふつう 3. やや悪い 4. 悪い

(3) 以前(40歳～64歳)に肥満体型の時期はありましたか。

1. はい 2. いいえ

(4) 少なくとも月に1回以上、友人と一緒に食事をすることはありますか。

1. はい 2. いいえ

(5) 1年に1回以上、歯科医院(歯医者)に診てもらっていますか。

1. はい 2. いいえ

(6) 「お通じ：排便」の頻度についてはいかがでしょうか。

1. 毎日あるいは2日に1回ある(規則的)
2. 3日以上ない日が多い(不規則)

(7) お金の事が気になって、食べ物を買うのを控えることがありますか。

1. はい 2. いいえ

あなたご自身のことについてお聞きします

問7. 最終学歴はどれにあてはまりますか。いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。
※旧制と新制にご注意ください。

1. 小学校 相当(未就学、中退も含む)
(旧制：尋常小学校, 国民学校(初等科) / 新制：小学校)
2. 中学校 相当
(旧制：高等小学校, 国民学校(高等科), 予科 / 新制：中学校)
3. 高等学校 相当
(旧制：実業学校, 中学校, 高等女学校(女学校), 師範学校, 青年師範学校, 青年学校 / 新制：高等学校)
4. 大学・短大・専門学校以上 相当
(旧制：大学, 高等学校, 専門学校, 高等師範学校, 女子高等師範学校, 実業専門学校 / 新制：大学, 短期大学, 高等専門学校, 専門学校(高卒後))

問8. 学校には何年通いましたか。

通学したのは合計で 年間

※通学経験が全くない方は0とご記入下さい。

問9. あなたが一番長い期間従事した仕事は、どれにあてはまりますか。
いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。

- | | | |
|---------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自営・家族従業 | { | 1. 農林漁業
2. 商工サービス業(小売店主、従業員 30 人未満の社長など)
3. 自由業(開業医・芸術家・弁護士など) |
| 勤め | { | 4. 内職
5. 管理職(会社・官公庁の課長以上)
6. 専門・技術者(医師、教員、看護師、技師など)
7. 事務職
8. 労務職(工員・集配人・運転手・職人など)
9. 販売・サービス業(商店員・飲食店員など)
10. 専業主婦(夫)
11. 無職 |

薬についてお聞きします

問10. 薬を飲む際に問題を感じることはありますか。

いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。

1. 問題なく服薬できる → 問11へお進みください
2. 問題がある



付問1. 「2. ある」に○をつけた方は、どのような問題を感じていますか。
あてはまるものすべての番号に○をつけて下さい。

1. 粉薬が飲みにくい
2. 薬が飲みにくく、時間がかかる
3. 薬が喉にからんだり、時々むせたりすることがある

問11. 「お薬手帳」をお手元にご用意ください。

内容を確認しながらお答えいただく設問です。

「定期的に内服している薬」についてご記入ください。

【記入方法】

(1) 内服薬の種類：薬の名称だけ記入して下さい。量・形状などは記入不要です。

(2) 内服薬の数：(1)で回答した内服薬が何種類か数字で記入して下さい。

(3) その他の薬：インスリン（注射薬）などがあれば記入して下さい。

※外用薬（軟膏や湿布剤、点眼薬や点鼻薬など）は記入する必要はありません。

※ドラッグストアで購入した市販薬やサプリメントは除きます。

※わからない場合は、全て記入して下さい。

次頁にお進みください。

【お薬手帳の例】

〇〇 〇〇様
12/09/01 〇〇クリニック Dr:〇〇 〇〇

①	グルコバイ錠 1000mg	1日3錠	食後の血糖上昇を抑える薬
	1日3回 毎食直前	14日分	
②	アマリール 3mg 錠	1日1錠	血糖を下げる薬
③	ヒューマログミックス 50	全1キット	血糖を下げる注射薬 糖尿病改善の注射薬
	1日1回(朝食直前10単位)		
④	リンデロンVG 軟膏	10g 右ひじ	1日2回
⑤	ロキソニンパップ	5パック	貼付

千葉県柏市〇〇1-1-1 〇〇薬局 薬剤師:〇〇 〇〇

【回答の例】

薬の名称のみ記入

(1) 内服薬の種類
・グルコバイ
・アマリール

(2) 内服薬の数
2種類

(3) その他の薬
・ヒューマログミックス

外用薬のため記入不要

【回答欄】

(1) 「お薬手帳」から、現在内服している薬の名称（種類）を記入して下さい。

内服薬の名称（種類）：

(2) (1) で答えた内服薬は何種類ですか。数字を記入して下さい。

現在内服している薬は 種類

(3) (1) の他に、注射薬などがあれば薬の名称を記入して下さい。

その他の薬：

さいごに

問12. あなたの家族構成についてお聞きします。
同居している家族の方はいらっしゃいますか。
いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。

1. はい 2. いいえ → 問13へお進みください

※いわゆる二世帯住宅や同じ敷地内で別の棟に住んでいる場合も含めて下さい。

付問1. 同居している人数は何人でしょうか。数字を記入してください。

人 ※あなたご自身を除く人数

付問2. 同居している人にあてはまるものすべての番号に○をつけて下さい。

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 配偶者（夫又は妻） | 2. あなた又は配偶者の親 |
| 3. 子 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. その他の親族 | 8. 親族以外 |

問13. このアンケートを記入したのはあなたご自身ですか。代理の方ですか。
いずれかひとつの番号に○をつけて下さい。

1. あなたご自身 2. 代理の方（家族・その他）

～お手数ですが、記入漏れがないか、今一度お確かめください～

調査票は検査当日に必ずご持参下さい。

長時間にわたり、ご協力どうもありがとうございました。

栄養とからだの健康増進調査 2012
健 診 票

ID <div style="text-align: center; border: 1px dashed black; padding: 5px;">シール貼付</div>	受付番号 <div style="text-align: center; border: 1px dashed black; padding: 5px;">シール貼付</div>
日時・会場 <div style="text-align: center; border: 1px dashed black; padding: 5px;">シール貼付</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 受 付 者 名 <hr/> </div>

検査項目	問診・血圧	採 血	口腔検査① (湿潤・清潔度)	身体測定① (身長・InBody)	身体測定② (腹囲・指わっか)
担当者名					

検査項目	自記式 アンケート	MMSE 検査	運動機能	口腔検査② (機能)	事前 アンケート	最終チェック
担当者名						

最終チェック：全頁記入確認終了 → ○

ステップ2-① 問診・血圧

1. 健診の重要確認事項 《「無」「有」どちらかに必ず○印》

- ① 無 ・ 有 ペースメーカーを使用している
- ② 無 ・ 有 抗凝固薬の内服をしている
(ワーファリン、プラザキサ等)
- ③ 無 ・ 有 抗血小板薬の内服をしている
(アスピリン、バイアスピリン、プレタール、パナルジン、エパデール等)

事前アンケートP.10 及び
お薬手帳でご確認ください

2. 既往歴

各病名の「無」「有」どちらかに必ず○印。「有」の場合は、発症年齢を記入し、病型、状況・対処に○印。 ※ 管理中：医療機関で、検査のみ、栄養指導、生活療法、その他の指導 等

① 高血圧

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

② 脳卒中

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)
 ↳ 病型 1.脳出血 2.脳梗塞 3.くも膜下出血 4.その他の脳卒中

③ 糖尿病

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

④ 高脂血症 (高コレステロール・高中性脂肪)

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

⑤ 骨粗鬆症

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

⑥ 慢性腎不全

無 ・ 有 → () 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)
 ↳ 透析 無 ・ 有

⑦ 骨折歴 (60歳以降)

無 ・ 有

部位 → () 歳骨折
 1.大腿部頸部 (股関節) 2.その他の大腿 3.下腿 4.足 5.背
 6.腰 7.胸 8.腕 9.手 10.その他 ()

部位 → () 歳骨折
 1.大腿部頸部 (股関節) 2.その他の大腿 3.下腿 4.足 5.背
 6.腰 7.胸 8.腕 9.手 10.その他 ()

ドクターコール 重要確認事項

⑧ 心臓病

無 ・ 有

→ 病型

() 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

- 1.狭心症 2.急性心筋梗塞 3.うっ血性心不全 4.大動脈瘤
5.不整脈 (P-メ-カを含む) 6.その他の循環系の病気 (弁膜症など)

大動脈解離、大動脈瘤と診断されている《該当は○印》

⑨ 悪性新生物

無 ・ 有

→ 部位

() 歳発病 (1.治療中 2.管理中 3.治癒 4.放置・中断)

- 1.胃 2.大腸 3.食道 4.肝臓 5.胆嚢・胆道 6.膵臓
7.肺 8.子宮 9.乳房 10.前立腺 11.腎臓 12.白血病
13.悪性リンパ腫 14.その他 ()

3. 血圧測定 収縮期 mm Hg 拡張期 mm Hg 脈拍数 拍/分
(再検 収縮期 mm Hg 拡張期 mm Hg 脈拍数 拍/分)

4. 健診の確認事項 《「無」「有」どちらかに必ず○印》

- ① 無 ・ 有 血圧 180/110 mmHg 以上もしくは収縮期血圧 80 mmHg 未満
② 無 ・ 有 脈拍 50 回/分未満もしくは 120 回/分以上
③ 無 ・ 有 医師より運動が止められている (運動制限の必要な骨関節疾患、神経疾患、骨格筋疾患等)
④ 無 ・ 有 自覚症状で下記の項目にあてはまる (該当する事項に○)

発熱 ・ 嘔気 ・ 下痢 ・ その他体調不良 (具体的に:)

太枠に該当が1つでもある場合は、看護師判定は「要注意」

総合判定

看護師判定 (可 要注意) 要注意 にチェックの場合は 医師 を必ず呼び

↓

※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

医師判定 (可 要注意 不可) サイン _____

注意事項

※ 記入したら 検査ブース・担当者名 を必ず記載のこと

ステップ2-② 採血

1. 食後時間 1.空腹 2.食後 《直前の食事時刻 : 》

2. 採血 《不足した場合：×を記入》

① 血算 2cc ②血糖 1cc ③生化学 4cc ④生化学 8cc

※記入漏れのチェック

※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

ステップ3 口腔検査①（湿潤・清潔度）

1. 口腔内細菌数 ×10[^]

※1.00×10⁶未満と表示された場合はチェック✓

※errorと表示された場合はチェック✓

2. 口腔湿潤度 mm

3. 吸光度 《A：O2個、B：O1個、C：Oなし、D：セル容器のO判定不能》

(① 対象者による測定) 《A, B, C, D のいずれか》 ←指示があった場合のみ実施

(② 検査者による測定) 《A, B, C のいずれか》

(③ 吸光度による測定) 《小数点以下3ケタ》

4. RSST (30秒で3回嚥下が起こったら終了、3回起こらなければ60秒まで測定)

1回目 秒 2回目 秒 3回目 秒

60秒で嚥下なし →チェック✓

※記入漏れのチェックをし、空欄には「×」を記入

※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

ステップ4 身体測定① (身長・InBody)

1. 身長 (靴なし) . cm

2. 体重 . kg

3. In Body [心臓ペースメーカー使用]

1.なし (測定可) 2.あり (測定不可)

計測終了したら

チェック✓ →

※記入漏れをチェック

※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

ステップ5 身体測定② (腹囲・指っか)

1. 第1-2指間厚 (利き手) . mm

2. 指っか: コーン ①人差し指 . cm ②中指 . cm

3. 腹囲 . cm 《0.5cm 単位で記入》

4. 下腿周囲長 (利き足の逆) . cm 《0.1cm 単位で記入》 ※浮腫 1.あり 2.なし

5. 指っか: 下腿 (利き足の逆) 《該当する欄に○印》

	隙間がある	ちょうど囲める	囲めない
人差し指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 大腿周囲長 (利き足) . cm 《0.1cm 単位で記入》

7. 上腕周囲長 (利き手の逆) . cm 《0.1cm 単位で記入》

8. 上腕三頭筋皮下脂肪厚 (利き手の逆) mm 《2mm 単位で記入》 ※浮腫 1.あり 2.なし

9. [大腿エコー] ①脂肪厚 . mm ②筋厚 . mm

※記入漏れのチェックをし、空欄には「×」を記入

※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

ステップ8 運動機能

1. 握力 1回目 (利き腕) kg 部位 1.右手 2.左手
 2回目 (利き腕) kg 部位 1.右手 2.左手

2. ピンチ力 1回目 (利き腕) . kg 部位 1.右手 2.左手
 2回目 (利き腕) . kg 部位 1.右手 2.左手

3. 平衡性 開眼片足立ち時間 1回目 秒
 2回目 秒 《最大 60 秒まで》
 杖の使用 ありの場合 →チェック✓

4. TUG 1回目 時間 . 秒
 2回目 時間 . 秒

5. 歩行テスト 通常歩行 時間 . 秒
 最大歩行 1回目 時間 . 秒
 2回目 時間 . 秒

6. 膝伸展力 1回目 N
 2回目 N
 長さ . cm 部位 1.右脚 2.左脚

7. 椅子立ち上がりテスト プレテスト 1.可 2.不可

5回連続 時間 . 秒

※記入漏れのチェックをし、空欄には「×」を記入
 ※すべて記入を確認したら表紙のチェック欄に名前を記入

ステップ10 口腔検査② (口腔機能)

1. ガム咀嚼

1回目 (+ ・ -) .

2回目 (+ ・ -) .

3回目 (+ ・ -) .

※まだら色の場合はチェック✓

2. 舌エコー ※実施したらチェック✓

3. 顔面の計測
①咬合高径 mm ②目-口角間距離 mm

4. ペリオスクリーン (1.陰性 2.陽性)

5. 右側咬筋緊張度 (1.強い 2.弱い 3.なし)

6. 左側咬筋緊張度 (1.強い 2.弱い 3.なし)

7. デンタルプレスケール ※実施したらチェック✓

栄養とからだの健康増進調査事業 (当日アンケート調査票)

2012年
東京大学高齢社会総合研究機構
柏市

《ご記入にあたってのお願い》

- 回答は、必ず検査を受けるご本人がご記入ください。本人が答えられなければ代理の方が記入して下さい。
- お答えは、あてはまるものの番号に○をつける設問と、具体的に文字や数字を記入していただく設問があります。
- 質問によっては、一部の方だけにおたずねしているものがあります。それぞれの指示に沿ってお答えください。
- ご不明な点等ございましたら、手を挙げて会場の係員におたずねください。
- 25分を目安に回答してください。回答できなかった場合は、最終チェックまでの空き時間にご記入いただいても結構です。最終チェックコーナーで回収いたしますので、最後の設問まで回答を記入してお持ちください。

《はじめに》

この調査では、いろいろなことをお聞きしますが、答えたくないことについては無理にお答えいただく必要はありません。みなさまの健康に関するデータを詳細に把握する必要があるためです。何とぞお許しください。

なお、回答内容については、厳重に秘密を守り、他の人に知らせるようなことは一切ありませんので、どうかご安心ください。

まず、日ごろの生活についてお聞きします。よろしくお願ひします。

問1. この4週間で、町外に外出されましたか。 ひとつだけ番号に○をつけてください。

【補足】町外とは800m以上を目安とします。

1. はい 2. いいえ →問2へお進みください



付問1. この4週間でその町外に何回行きましたか。 ひとつだけ番号に○をつけてください。

1. 週1回未満 2. 週1～3回 3. 週4～6回 4. 毎日

付問2. その町外にどのように行きましたか。 ひとつだけ番号に○をつけてください。

【補足】伝い歩きは、「補助具使用」としてお答えください。

1. 自分ひとりで、杖・歩行器・装具（以下補助具）などを使わずに行っている
2. 自分ひとりで行けるが、補助具は使用している
3. 家族やヘルパーと一緒にいったが、補助具は使っていない
4. 家族やヘルパーと一緒にいき、補助具も使用している

問2. 休まず歩ける距離はどの程度ですか。

最も近い距離の番号にひとつだけ○をつけてください。

1. 10m 未満 2. 10m～50m 未満 3. 50m～100m 未満
4. 100m～500m 未満 5. 500m～1km 未満 6. 1km 以上

問3. 現在の家族や友人についてうかがいます。

(1) から (6) について、該当する人数の番号にひとつだけ○をつけてください。

(1) 少なくとも月に1回以上、顔を合わせる機会 や 消息を取り合う <u>親戚や兄弟</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上
(2) 少なくとも月に1回以上、顔を合わせる機会 や 消息を取り合う <u>友人</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上
(3) あなたが個人的なことでも、気兼ねなく話することができる <u>親戚や兄弟</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上
(4) あなたが個人的なことでも、気兼ねなく話することができる <u>友人</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上
(5) あなたが手助けを求めることができるような、身近に感じる <u>親戚や兄弟</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上
(6) あなたが手助けを求めることができるような、身近に感じる <u>友人</u> は何人位いますか	1. 0人	2. 1人	3. 2人	4. 3~4人	5. 5~8人	6. 9人以上

問4. 過去1年間に転んだことがありますか。

【補足】1年間 というのは 本日から1年前まで とお考えください。

また、「転びそうになった」、「転びかけた」、「交通事故で転んだ」などは除いてお答えください。

1. はい	2. いいえ	→問5へお進みください
-------	--------	-------------



付問1. この1年間に 回ぐらい転んだ。

※「数えきれない」または「無数」は99回とご記入ください。

繰り返しの質問が多くなりますが、それぞれの質問にお答えください

問5. 日頃の外出や人付き合いについておたずねします。あなた自身が行っていることや普段の状況について、次の(1)から(23)のそれぞれに「はい」「いいえ」のどちらかひとつの番号に○をつけてください。

(1) バスや電車で1人で外出していますか	→	1 はい	2 いいえ
(2) 日用品の買い物をしていますか	→	1 はい	2 いいえ
(3) 預貯金の出し入れをしていますか	→	1 はい	2 いいえ
(4) 友人の家を訪ねていますか	→	1 はい	2 いいえ
(5) 家族や友人の相談にのっていますか	→	1 はい	2 いいえ
(6) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	→	1 はい	2 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	→	1 はい	2 いいえ
(8) 15分間位続けて歩いていますか	→	1 はい	2 いいえ
(9) 転倒に対する不安は大きいですか	→	1 はい	2 いいえ
(10) 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	→	1 はい	2 いいえ
(11) 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	2 いいえ
(12) お茶や汁物等でむせることがありますか	→	1 はい	2 いいえ
(13) 口の渴きが気になりますか	→	1 はい	2 いいえ
(14) 週に1回以上は外出していますか	→	1 はい	2 いいえ
(15) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	→	1 はい	2 いいえ
(16) 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	2 いいえ
(17) 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	→	1 はい	2 いいえ
(18) 今日が何月何日かわからない時がありますか	→	1 はい	2 いいえ