

保護者の同意を得た上で調査を行う。

(3) 調査日

1歳の誕生日当日以降1ヶ月（遅くとも2ヶ月）以内の日（可能な限り誕生日に近い日が望ましい）かつ、2週間（ポリオや麻疹（はしか）などの生ワクチンは1ヶ月）以内に予防接種や37.5℃以上の発熱または風邪をひいていない日。誕生日の1月前に予防接種の予定や健康状態を保護者に確認し調査日を仮決定し、保護者に通知する。

この際、麻疹の予防接種については1歳から行われるため、保護者に本調査（採血）実施後に麻疹の予防接種を受けるように依頼すること。

また、仮調査予定日の2週間以内に予防接種を受けたり、発熱等があった場合には、保護者から連絡してもらうよう依頼し、調査日を延期する。

- * ただし、予防接種や発熱により、前述のと通りの調査日の設定がどうしても困難な場合には、甲状腺機能の調査等を行い免疫の調査は参考値とすることを保護者に伝え、調査日を設定しても良いが、調査票にその旨を記載する。
月～金曜日（検査会社に血液を渡せる日）検査会社に事前に連絡し、検体の受け渡し時間を確認する。

(4) 調査の実施

(ア) インフォームドコンセント（説明と同意）

保護者に対し事前に「乳幼児健康調査へのご協力のお願い」及び「同意書」による説明と同意をとり、採血当日に再度口頭で調査内容の説明を行った上で採血等を行う。

(イ) 問診等（詳細は別紙様式のとおり）

a) 氏名、性別、年齢

b) 既往歴

- ・在胎週数（在胎週日または出産予定日）
- ・最近かかった疾患、過去の重篤な疾患、アレルギー疾患
- ・2週間以内に37.5℃以上の発熱または風邪をひいたかどうか。
（これに該当する人は調査を延期する）
- ・出生後の予防接種歴（当日母子健康手帳を持参してもらい、照合する。）
（2週間（ポリオや麻疹などの生ワクチンは1ヶ月）以内に予防接種を受けた人は調査を延期する）

- * ただし、延期により1歳の誕生日から2ヶ月以上経過してしまう場合には延期せずその日に調査を行う。その場合、免疫の調査は参考値とする旨保護者に伝える。

c) 体温測定

（37.5℃以上または咳、鼻汁が出ている場合は調査を延期する。）

d) 発育・発達状況

- ・身長、体重等の測定を行うとともに、調査票を参考に発育等の状況を調べる

e) これまでの栄養方法（母乳、人工栄養、混合栄養）

- ・調査票の記載事項の確認を行う。

(ウ) 採 血

a) 準備するもの

- ・血液スポット用ろ紙と郵送用封筒
- ・伝票付の指定チューブ（凝固を防ぐためヘパリン膜が入っている。）
- ・ディスポーザブル注射器（5ml用）及び翼状針（23または22ゲージ）
又は注射針（21ゲージなど）
- ・アルコール綿（消毒用）
- ・ガーゼまたは絆創膏（止血用）
- ・駆血帯

b) 採血手技

- ・指定のチューブ・伝票に必要事項を記載する。
- ・採血部位をアルコール綿で十分に消毒。
- ・翼状針または注射針によりディスポーザブル注射器（5ml用×2）で5～9ml採血して下さい（採取可能な範囲で結構です）。
- ・まず、指定のチューブ①に3～4mlの血液を注入してゆっくり転倒混和し、室温で保管する（凝固を防ぐため、採血後速やかに指定のチューブに入れる。凝固すると検査不能になる）。
- ・次に、専用チューブ②に残りの血液を注入し、ゆっくり転倒混和する（キャップの開封は厳禁）。
- ・最後に、翼状針のチューブ内またはディスポーザブル注射器（5ml用）の残りの血液（約0.2～0.3ml）をろ紙の指定4箇所中の2箇所以上に滴下する。
- * なお、採血量が不足の場合は2～3回に分けて採取してもかまいませんが、その中に凝固したのがあると全部が使用不能になるので、疑わしい時は指定チューブ2～3本に各採血分をそれぞれ注入して下さい。また、採血量が確保できない場合にも出来る範囲で測定を行いますので、採血した血液は送付して下さい。

c) 検体送付

- ・検査会社に必ず前もって連絡する。
- ・チューブに入れた血液は必ず当日のうちに検査会社に渡す（時間が経つと免疫機能の検査ができなくなります。）
- ・血液を滴下したろ紙は室温で乾燥し郵送用封筒に入れて郵送する。

d) 検査項目（優先順位；血液の量により、全ての検査が行えない場合には番号の上位のものを優先します。）

- 1) ろ紙 TSH、freeT4、TBG、抗甲状腺抗体
- 2) Surface marker等
 - ① Surface marker

CD3
CD4
CD8
CD4/CD8比
CD19 (B細胞)
CD20
Two-color CD16/CD56
Two-color CD4/CD25

3) 血しょう

① 甲状腺関連

TSH
T3
T4
freeT4

② CRP定量

③ 免疫グロブリン関連

IgE
IgG
IgM
IgA

④ RAST

卵白
ヤケヒョウヒダニ (ダニ1)
牛乳
小麦
ピーナッツ
スギ
ソバ
マルチ動物上皮

4) 上記の検査終了後の検体に残余がある場合には個別検体あるいは数名の血液を合わせてダイオキシン類および関連物質の測定を実施させていただきます。

検体の送付先：(株) エスアールエル 免疫化学部 RI検査課 環境検査係

タチノ

太刀野寿志

〒192-0031 東京都八王子市小宮町 153

TEL 042-648-4147 FAX 042-648-4163

(検体が採取出来た場合に連絡すれば、指定された場所に回収に行きます)

添付依頼文および同意書

- 1) 母乳調査協力お願い・同意書
- 2) 乳幼児健康調査協力お願い・同意書・結果通知

添付調査用紙

- 1) 平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 問診票 (様式1)
- 2) 平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 聞き取り調査票 (様式2)
- 3) 平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 聞き取り調査票 (様式3)
- 4) 乳幼児健康調査票 (1歳児用) (様式4)
- 5) 乳幼児健康調査 (問診票) (様式5)
- 6) 第2子の母乳採取時の第1子の栄養および健康調査票 (様式6)

- 1) は妊婦の背景調査なので問診票への記入をお願いします。
- 2) 3) は母乳採取時(産後30日頃)に調査して下さい。
- 4) 5) は1歳児の乳幼児健診時に健診と採血の他、健康状態の記入と問診をお願いします。
- 6) は第2子以降の児の母乳採取に協力が得られた場合で前児が1歳乳幼児健診を受けていない場合には前児の母乳哺乳状態を把握するために調査して下さい。

母乳採取へのご協力のお願い

ダイオキシンによる母乳の汚染が問題になっていますが、厚生労働省の「母乳中のダイオキシン類に関する研究」班では、皆様から提供していただいた母乳中のダイオキシンの濃度を測定するとともに、そのお子様が1歳になった時点でご協力頂き赤ちゃんの健康への影響を調査してまいりました。これらの調査の結果、日本人の母乳中のダイオキシン濃度は欧米の母乳に較べて高い値ではなく、1歳時の健康調査と血液検査の結果からも、現在のわが国のダイオキシンレベルでは乳児の健康に明らかな影響は認められないことが判明しました。お陰様で母乳の多くの利点を考慮すると母乳を飲ませることに現時点では問題がないと考えることが出来るようになりました。

しかし、ダイオキシン汚染は現状より低下させることが望ましく、また他の環境汚染物質と複合した健康への影響も問題となるので、引き続き母乳中のダイオキシン濃度の測定と乳幼児の健康への影響を検討することが必要であると考えられます。

このため本年度も地方公共団体のご協力のもとに、初産婦のお母様の母乳中のダイオキシンの測定と1歳時の検査を実施しますが、同時にこれまでに母乳を提供して頂いたお母様が第2子以降のお子様を出産された場合に、前回と同様に生後30日の母乳を提供していただき、ダイオキシンおよび関連汚染物質の濃度を測定するとともに、第2子以降のお子様への影響を検討して、第1子と比較して健康への影響を調査することを計画しております。わが国のダイオキシン汚染対策にも寄与する本研究にぜひご協力下さるようお願い申し上げます。

なお、本調査のすべての情報について個人名が出ることはなく、統計的に処理して発表しますので、ご協力いただいた皆様にご迷惑をおかけすることはありません。また、ご希望の方には、検査結果がまとまったところで結果をお知らせいたします。

皆様のご協力をよろしくお願い致します。

厚生労働科学研究費補助金（食品の安全確保推進）研究事業

「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究」

研究代表者	岡 明	(杏林大学教授)
研究分担者	多田 裕	(東邦大学名誉教授)
研究分担者	中村 好一	(自治医科大学教授)
研究分担者	近藤 直実	(岐阜大学大学院教授)
研究分担者	板橋家頭夫	(昭和大学教授)
研究分担者	河野 由美	(自治医科大学准授)

連絡先 県・市 部 課 担当
電話

同意書(母乳採取協力用)

杏林大学医学部付属病院

甲能直幸 病院長 殿

私は、担当研究者より「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究」に関する事項について口頭及び文書による十分な説明を受け了解しましたので、研究に参加することに同意します。

平成 年 月 日

氏名(自署) _____ 印

住所 _____

なお、調査結果の連絡を

- 1.希望します
- 2.希望しません

----- (担当者記入欄) -----

説明日：平成 年 月 日

担当者： _____ 印

連絡先： _____

同意書(1歳時乳幼児健康調査用)

杏林大学医学部付属病院

甲能直幸 病院長 殿

私は、担当研究者より「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究」に関する事項について口頭及び文書による十分な説明を受け了解しましたので、研究に参加することに同意します。

平成 年 月 日

氏名(自署) _____ 印

住所 _____

なお、調査結果の連絡を 1.希望します

2.希望しません

----- (担当者記入欄) -----

説明日：平成 年 月 日

担当者： _____ 印

連絡先： _____

乳幼児健康調査等へのご協力をお願い

昨年からの母乳中のダイオキシン類調査にご協力いただきありがとうございました。結果は我が国の母乳中のダイオキシン類の濃度を把握するための貴重な資料として利用させていただきます。

現在のところ、ダイオキシンが人体に与える影響についてはほとんどわかっていませんが、現在までの本研究班の結果ではダイオキシンによると考えられる乳幼児の健康への影響は認められず、WHO（世界保健機関）の専門家会合においても母乳の利点を含め総合的に検討し引き続き母乳の推進を図るべきであるとの見解が出されています。

しかし、母乳中のダイオキシン類の量を測定し、その影響や問題点を検討することは、今後のダイオキシン対策を進めていく上でも重要であることから、厚生労働省では地方公共団体の協力のもとに、引き続き母乳中のダイオキシン類等に関する調査研究を行うことになっています。

つきましては、平成22年度の母乳中のダイオキシン類に関する調査にご協力いただいた方のお子様に健康チェックへのご協力をお願いしたいと存じます。

健康チェックの内容としては、生後12ヶ月時にお子さんから約4～9ml採血させていただき、甲状腺機能と免疫・アレルギー等の検査を行うとともに、発育・発達状態等の健康調査及び出生時の先天性代謝異常等検査の結果の確認を行うことを予定しております。これらの検査は、まとめて分析するため、調査結果がまとまったところでご希望の方には結果をお知らせいたします。

また、今後お子さんの発育、発達の状況についてアンケートをお送りいたしますのでお分かりになる範囲でご記入の上、返送していただくようお願いいたします。

なお、本調査のすべての情報については、統計的に処理し個人名が出ることはなく、ご協力いただいた皆様へご迷惑をおかけすることはありません。

よろしくご協力くださいますようお願い申し上げます。

厚生労働科学研究費補助金（食品の安全確保推進）研究事業

「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究」

研究代表者 岡 明（杏林大学教授）

研究分担者 多田 裕（東邦大学名誉教授）

研究分担者 中村 好一（自治医科大学教授）

研究分担者 近藤 直実（岐阜大学大学院教授）

研究分担者 板橋家頭夫（昭和大学教授）

研究分担者 河野 由美（自治医科大学准教授）

連絡先 県・市 部 課 担当
電話

乳幼児健康調査結果のご報告

昨年からの母乳中のダイオキシン類調査に引き続き、このたびは血液検査等の「乳幼児健康調査」にご協力いただきありがとうございました。

今回行った、免疫・アレルギー・甲状腺機能の検査結果をご報告させていただきます。

この調査については、今後とりまとめを行い、わが国の母乳中のダイオキシン類の濃度が乳幼児に与える健康影響の有無を把握するための貴重な資料とさせていただきます。

本調査のすべての情報について個人名が出ることはなく、統計的に処理されますので、ご協力いただいた皆様へご迷惑をおかけすることはないことを申し添えます。なお別添の個人の検査結果はあなたと採血をお願いした病院にのみお知らせしております。

個人票の内容は次の通りです。

1. TSH, T3, T4、遊離サイロキシンは甲状腺機能の検査です。

(すべての方が正常範囲内でした。)

2. IgG、IgA、IgMは免疫物質(免疫グロブリン)の量を示します。

(すべての方が正常範囲内でした。)

3. IgE (RIST) はアレルギーなどの時に増加するグロブリンです。

4. 牛乳、卵白、ダニ、小麦などはアレルギーの指標です。

これらの値がクラス0は陰性、1は擬陽性、2以上は陽性と判断され、陽性の場合にはこれらの物質に感作されている恐れがあります。

アレルギー疾患や上記の検査結果についてご心配の方は主治医に相談されるか、下記の研究班員までお問い合わせ下さい。

平成 年 月

厚生労働科学研究費補助金(食品の安全確保推進)研究事業

「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究」

研究代表者 岡 明 杏林大学医学部教授

平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 問診票 (様式1)

母親氏名： _____

乳児氏名： _____

今回の出産： 第 _____ 子

住所： 〒 _____

電話番号： _____ - _____ - _____

調査年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 母親の現状

生年月日：昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長： _____ cm (本人の申告 大体の数値でよい)

妊娠直前の体重： _____ kg (本人の申告 大体の数値でよい)

出産(予定)日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出産(予定)場所(医療機関の場合には医療機関名, 所在地, 電話番号)

1. 自宅
2. 助産所
3. 病院・診療所

名称： _____

所在地： _____

電話： _____ - _____ - _____

妊娠中のつわりの状況 1. ほとんどない 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度
(本人の主観的判断でよい)

2. 母親本人の乳児期の状況

出生順位： _____ 人中の _____ 番目 (死産は含まない)

乳児期(生後3か月まで)の栄養 1. 母乳のみ 2. 混合栄養 3. ミルクのみ

(予め本人から自分の母親[産まれてくる子供からみたら母方祖母]に尋ねておいてもらう)
(この情報がどうしても得られない場合には, その旨欄外に記載しておく[記入漏れと区別するため])

3. 居住歴 (住民登録の場所ではなく, 実際に住んでいた場所を尋ねる)

I 現在の居住地

昭・平 _____ 年 _____ 月から現在に至る (上記の住所)

飲用や食事に使用する水は 1. 水道水 2. 井戸水 3. 両方

II 過去の居住地（生まれたときまでさかのぼる）

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
____都・道・府・県____市・郡____区・町・村
____丁目・番____号____
飲用や食事に使用する水は 1. 水道水 2. 井戸水 3. 両方

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
____都・道・府・県____市・郡____区・町・村
____丁目・番____号____
飲用や食事に使用する水は 1. 水道水 2. 井戸水 3. 両方

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
____都・道・府・県____市・郡____区・町・村
____丁目・番____号____
飲用や食事に使用する水は 1. 水道水 2. 井戸水 3. 両方

出生時から 昭・平____年____月まで
____都・道・府・県____市・郡____区・町・村
____丁目・番____号____
飲用や食事に使用する水は 1. 水道水 2. 井戸水 3. 両方

（欄が足りない場合には別紙に同じ様式で記入する）

4. 職業歴（ダイオキシンへの曝露を評価するので具体的な仕事の内容を尋ねる）

I

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
勤務先_____
具体的な仕事内容_____
（例えば、事務、運転手、ゴミ処理場での現場作業、など。以下も同様）

II

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
勤務先_____
具体的な仕事内容_____

III

昭・平____年____月から 昭・平____年____月まで
勤務先_____
具体的な仕事内容_____

（欄が足りない場合には別紙に同じ様式で記入する）

5. 喫煙歴

a. 本人の喫煙歴 (建前ではなく実態を聴取する。指導・評価はしない)

1. 習慣的な喫煙はしたことがない (生涯において数本～数十本程度の喫煙歴を含む)
2. 現在喫煙中
3. 今回の妊娠のためにやめた (中断中も含む)
4. 今回の妊娠以前にやめた
 - その理由 a. 病気
 - b. 医療専門職のすすめ
 - c. その他 ()

2. 3. 4. の場合

喫煙した期間と1日の本数, 主な銘柄

期間	本数	銘柄
____ 歳から ____ 歳	1日約 ____ 本	銘柄 _____
____ 歳から ____ 歳	1日約 ____ 本	銘柄 _____
____ 歳から ____ 歳	1日約 ____ 本	銘柄 _____
____ 歳から ____ 歳	1日約 ____ 本	銘柄 _____

(1日の本数, 銘柄が変わった時には行を変えて記載する)

b. 受動喫煙

- I. 小学生の時に, 同居人の中で喫煙する人が 1. いなかった 2. いた (____人)
- II. 中学生の時に, 同居人の中で喫煙する人が 1. いなかった 2. いた (____人)
- III. 現在の同居人の数は _____ 人 (本人は含まない, a)

このうち, 現在非喫煙者 (やめた者も含む) _____ 人 (b)
 喫煙者だが家の中ではすわない者 _____ 人 (c)
 喫煙者で家の中でも吸う者 _____ 人 (d)

(a = b + c + dとなる)

6. 妊娠直前の健康状態, 既往歴

- 子宮筋腫の既往歴 1. なし 2. あり (____ 歳の時)
 子宮内膜症の既往歴 1. なし 2. あり (____ 歳の時)
 アトピー性皮膚炎の既往歴 1. なし 2. あり (____ 歳の時)
 甲状腺疾患の既往歴 1. なし 2. あり (____ 歳の時, 病名: _____)

その他の既往歴 (入院するような大きな疾患)

病名 _____ 歳の時

病名 _____ 歳の時

妊娠直前の健康状態

1. 持病があった

病名 _____
 a. 医師の管理下 b. その他

2. 健康であった

平成24年度厚生労働科学費補助金（食品の安全確保推進）研究事業
「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への
影響に関する研究」班

平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 聞き取り調査票 (様式2)

母親氏名： _____

(フリガナ)

乳児氏名： _____ 男・女 (第 _____ 子)

乳児の生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

調査年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 妊娠・分娩の経過

在胎期間 : _____ 週 _____ 日

分娩胎位 : 1. 頭位 2. 骨盤位 3. その他 (_____)

帝王切開 : 1. なし 2. あり

妊娠合併症 : 1. なし 2. あり (_____)

2. 出生時の児の状態

出生時の計測値 : 体重 _____ g 身長 _____ cm

胸囲 _____ cm 頭囲 _____ cm

新生児仮死 : 1. なし
2. あり → アプガー・スコア _____ 点 (1分)

_____ 点 (5分)

3. 早期新生児期の状態

早期新生児期の異常 : 1. なし
2. あり (病名 : _____)

先天性代謝異常検査 : 1. 未実施
2. 実施済 → 結果 : 1. 異常なし
2. 要再検査
(項目 : _____)

平成24年度厚生労働科学費補助金（食品の安全確保推進）研究事業
「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への
影響に関する研究」班

平成24年度母乳中のダイオキシン類調査 聞き取り調査票 (様式3)

母乳採取時調査

母親氏名： _____

乳児氏名： _____

(様式2を取り外さなければ、氏名は様式2のみでよい)

1. 調査年月日（本調査票記入年月日）：平成_____年_____月_____日

2. 母乳採取状況

a. 母乳採取ができなかった

理由：転居，協力拒否，乳児の死亡，死産，母親の死亡

母乳の中止（中止月日：_____月_____日頃）

その他（_____）

b. 母乳採取完了（採取年月日：平成_____年_____月_____～_____日）

3. 出産後の母親の健康状況（母乳が採取できなかった場合も記入する）

a. 疾患なし

b. 疾患あり（病名：_____）

4. 乳児の発育状況（母乳が採取できなかった場合も記入する）

身体計測値（出来るだけ直近のものを記入：計測月日_____月_____日）

体重：_____ g 身長：_____ cm

胸囲：_____ cm 頭囲：_____ cm

栄養方法：母乳 1. 与えている → 1日_____回

2. 与えていない

人工乳 1. 与えている → 1回_____ml×1日_____回

2. 与えていない

乳児健診受診 1. なし 2. あり a. 異常なし

b. 異常あり（指摘事項：_____）

疾患の有無 1. なし 2. あり（病名_____）

乳幼児健康調査票 (1歳児用)

(都府県名)

母親氏名：
 乳幼児氏名： 性別：男・女 出生体重： g 出生順位：第 子
 生年月日： 年 月 日 (在胎 週 日または出産予定日 月 日)
 出生場所(病院等の名称)：

I これまでにかかった病気：

II 現在までの発育・発達

1) 発育発達：

次のことが出来るようになったのはいつですか。

- | | | | | | |
|-----------|-----|---|----------------|-----|---|
| (1) 首のすわり | ：生後 | 月 | (4) つかまり立ち | ：生後 | 月 |
| (2) 寝返り | ：生後 | 月 | (5) 伝い歩き | ：生後 | 月 |
| (3) お座り | ：生後 | 月 | (6) 一人歩き(2～3歩) | ：生後 | 月 |

2) 1歳の誕生日までに次の項目が出来れば○、出来なければ×、試みたことがなければ△をつけて下さい。

- | | | | |
|------------------------------------|----|---|----|
| (1) 「いけません」というと、ちょっと手をひっこめる。 | (○ | × | △) |
| (2) 「バイバイ」や「さよなら」に反応する。 | (○ | × | △) |
| (3) 「おいで」「ちょうだい」「ねんね」などを1つでも理解できる。 | (○ | × | △) |
| (4) 食物のことを「マンマ」という(他の有意義語でも良い)。 | (○ | × | △) |
| (5) ブラシ、鉛筆などを使うまねをする。 | (○ | × | △) |

III これまでの栄養状態を教えてください。

1) ほ乳方法はどうか。次の番号をカッコ内に入れて下さい。

1. 母乳のみ 2. 混合(母乳が主) 3. 混合(母乳とミルクがほぼ等量)

4. 混合(人工が主) 5. 人工栄養のみ

生後1ヶ月未満	(ほ乳方法)	6～7ヶ月未満	(ほ乳方法)
1～2ヶ月 "	(ほ乳方法)	7～8ヶ月 "	(ほ乳方法)
2～3ヶ月 "	(ほ乳方法)	8～9ヶ月 "	(ほ乳方法)
3～4ヶ月 "	(ほ乳方法)	9～10ヶ月 "	(ほ乳方法)
4～5ヶ月 "	(ほ乳方法)	10～11ヶ月 "	(ほ乳方法)
5～6ヶ月 "	(ほ乳方法)	11～12ヶ月 "	(ほ乳方法)

IV 予防接種の接種状況を母子健康手帳から書き写して下さい。

予防接種の種類	接種月日
---------	------

注意事項：調査予定日から2週間前以内に37.5℃以上の発熱や風邪をひいた場合又は予防接種を受けた場合には、必ず、下記までご連絡下さい。発熱や風邪が治りかつ予防接種日から2週間以上経過した日に調査日の変更を行います。

：母子健康手帳を忘れずにご持参下さい。

連絡先

TEL

乳幼児健康調査 (問診票)

(都府県名)

母親氏名：
乳幼児氏名：

年 齢： 歳 月 (満1歳2ヶ月未満)

採血問診日： 月 日 (医療機関及び医師名)

①採血時よりさかのぼって2週間以内に37.5℃以上の発熱がある。 ある ない

②採血時よりさかのぼって2週間以内に風邪をひいた。 ある ない

③採血時よりさかのぼって1ヶ月以内に予防接種を受けた。 ある ない

母子健康手帳を確認し 誕生以来の全ての 予防接種を記入	予防接種の種類	接種月日
-----------------------------------	---------	------

④過去に重い病気にかかったことがある。 ある ない
(「ある」の場合の病名：)

⑤アレルギー疾患がある。 ある ない
(「ある」の場合の病名：)

⑥採血時の体温 (°C)

⑦発育・発達状況
身体発育 (生後 月 日)
体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm
「乳幼児健康調査票 (1歳児用) のⅡ発育発達」について確認をし、必要に応じ
身体等のチェックを行う。
所見 ()

⑧これまでの栄養状況
「乳幼児健康調査票 (1歳児用) のⅢこれまでの栄養状況」について確認をし、
必要に応じ調査票を訂正する。

⑨その他特記事項 ()

注：①又は②で「ある」の場合、③において「ある」かつ1ヶ月以内にポリオや麻疹などの生ワクチン
か2週間以内に生ワクチン以外の予防接種を受けた場合、⑤において37.5℃以上の体温がある場合は、
いずれも当日の採血は中止し、予防接種又は37.5℃以上の発熱若しくは風邪が治ってから2週間以上
期間を置いて改めて採血を行うこと。

* ただし、予防接種や発熱により、前述のと通りの調査日の設定がどうしても困難な場合には、
検査結果は参考値になるが調査等を行うことを保護者に伝え、調査日を設定する。

第2(3)子の母乳採取時の第1(2)子の栄養および健康調査票

都府県名()

母親氏名: 連絡先: TEL

第1(2)子氏名: 性別: 男・女 出生体重: g
 生年月日: 年 月 日 (在胎 週 日または出産予定日 月 日)

第2(3)子氏名: 性別: 男・女 出生体重: g
 生年月日: 年 月 日 (在胎 週 日または出産予定日 月 日)

第1(2)子(まえのお子さん)についてお尋ねします:

I これまでに重い病気にかかったことがありますか : ある ない
 あった場合の病名:

II アレルギー疾患があるといわれたことがありますか : ある ない
 あった場合の病名:

III 現在までの発育・発達

1) 身体発育(1歳近くでの測定日の月齢と測定値を記入して下さい): 測定日(生後 月 日)
 体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm

2) 運動発達:

次のことが出来るようになったのはいつですか。

(1) 首のすわり : 生後 月 (4) つかまり立ち : 生後 月
 (2) 寝返り : 生後 月 (5) 伝い歩き : 生後 月
 (3) お座り : 生後 月 (6) 一人歩き(2~3歩) : 生後 月

3) 1歳の誕生日までに次の項目が出来ていたら○、出来なければ×、記憶に無ければ△を○で囲んで下さい。

- (1) 「いけません」というと、ちょっと手をひっこめる。 (○ × △)
 (2) 「バイバイ」や「さよなら」に反応する。 (○ × △)
 (3) 「おいで」「ちょうだい」「ねんね」などを1つでも理解できる。 (○ × △)
 (4) 食物のことを「マンマ」という(他の有意義語でも良い)。 (○ × △)
 (5) ブラシ、鉛筆などを使うまねをする。 (○ × △)

III 1歳までの栄養状態を教えてください。

ほ乳方法はどうか。次の番号をカッコ内に入れて下さい。

1. 母乳のみ 2. 混合(母乳が主) 3. 混合(母乳とミルクがほぼ等量)
 4. 混合(人工が主) 5. 人工栄養のみ

生後1ヶ月未満	(ほ乳方法)	6~7ヶ月未満	(ほ乳方法)
1~2ヶ月	〃 (ほ乳方法)	7~8ヶ月	〃 (ほ乳方法)
2~3ヶ月	〃 (ほ乳方法)	8~9ヶ月	〃 (ほ乳方法)
3~4ヶ月	〃 (ほ乳方法)	9~10ヶ月	〃 (ほ乳方法)
4~5ヶ月	〃 (ほ乳方法)	10~11ヶ月	〃 (ほ乳方法)
5~6ヶ月	〃 (ほ乳方法)	11~12ヶ月	〃 (ほ乳方法)

(第2子以降の母乳採取に協力が得られた場合で前児が当研究班の1歳時乳幼児健康診査を受診しなかった場合に記入して下さい)

「お子様の発育発達に関するアンケート調査」への協力をお願い

謹啓 時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

厚生労働科学研究「母乳中のダイオキシン類に関する研究」に関しご協力いただきありがとうございました。

このたび本研究班ではこれまでの研究にご協力いただきましたお子様を対象にアンケート調査を実施させて頂くよう計画いたしました。この様な長期にわたるダイオキシンの子どもへの影響に関する調査は世界的にもこれまでに実施されたことがありません。お忙しい中申し訳ありませんが、どうかご協力の程よろしくお願い致します。なお、回答欄の住所・氏名にご記入された方には後ほど些少なながらお礼として図書カードをお送りさせていただきます。

これまでの本研究班の研究で日本人の母乳中のダイオキシン濃度が判明し、近年は低下傾向にあることが明らかになりました。また、一歳時の健康診査と血液検査にご協力いただいた結果、現在の日本のダイオキシン類の汚染レベルでは乳児に明らかな影響は認められないことが明らかになりました。また、平成20年度にも発育発達全般に関するアンケート調査に御協力いただきましたが、明らかな影響は認められませんでした。こうした研究により安心して母乳育児を行うことが出来るようになったことは御協力いただいた皆様のお陰様であると感謝しております。今回の調査では、今注目されているお子様の心の発達や体の動きなどに焦点を当てております。本研究の意義を御理解いただきご協力下さるようお願い致します。

調査票にご記入の後、同封しました返信用封筒に入れてご返送下さい。お手数ですが、到着後10日以内に同封の封筒にてご返送いただければ幸いです。ご記入いただきました内容は集計のみに使用し、お名前等を公表することはありません。

また何か発育や発達のことと相談がある方は、その旨御記入いただければ連絡させていただきます。

なお、お問い合わせ等がございましたら下記にお願いします。
平成23年11月吉日

「母乳のダイオキシン類汚染の実態調査と乳幼児の発達への影響に関する研究班」

研究代表者 岡 明 杏林大学医学部小児科
〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
TEL : 0422-47-5511
FAX : 0422-47-8184
e-mail : oka-a@ks.kyorin-u.ac.jp

研究分担者 多田裕 (東邦大学)
中村 好一 (自治医科大学)
近藤 直実 (岐阜大学大学院医学系)
板橋家頭夫 (昭和大学医学部)
河野由美 (自治医科大学)

環境と子どもの発育発達に関するアンケート

2歳代用

アンケートにご協力いただきありがとうございます

お子様の現在の生活について質問がさせていただきます。当てはまるものに○をつけてください。

アンケートの内容は本調査以外の目的で使用することはありません。

また、個人を特定される様な形で公表されることはありません。

・謝礼、連絡を希望する方は、保護者氏名、郵便番号、住所(電話番号)を御記入下さい。

	記入者 父・母	記入 平成	年	月	日
生年月日	平成	年	月	日	男・女
					第 1・2・3 子

Q 身体発育について 身長 ()cm 体重 ()kg

Q 健康面での心配はありますか。

(1)アレルギーについて(次のうち医師の診断を受けたものに○をつけてください。)

アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、気管支ぜんそく、その他()

(2)その他 具体的にご記入ください

Q 心や知的な発達についてどう感じていますか。 良い 普通 心配 「心配」と答えた方はよろしければ心配な点について下欄にご記入ください

Q これまで健診や保育園などで何か気になることを指摘されたことはありますか。 はい いいえ 「はい」と答えた方はよろしければ具体的な内容を下欄にお書きください

Q 一人で歩けるようになったのはいつですか 年 月(または 才 か月)ころから

Q 速く走れますか はい いいえ

Q 階段を足を交互に出して一人で登りますか はい いいえ

Q 両足をそろえてジャンプできますか はい いいえ

Q スプーンを自分で使って食べますか はい いいえ

Q 鉛筆でぐるぐるまるを書きますか はい いいえ やらせたことがない

Q 積み木を並べて車や家などを作りますか はい いいえ やらせたことがない

Q 目、口、鼻、耳、手、足などの意味はわかりますか はい いいえ

Q 二語文を話しますか(パパかいしゃ、など) はい いいえ

(はいという方はいつから 年 月ころまたは 才 か月ころから)

Q 自分の苗字と名前を言えますか はい いいえ まだ教えていない

Q 何を言われても「イヤ」と反応しますか はい いいえ なんともしえない

Q その他に何か気になることなどありましたらご自由にご記入ください

続いて裏面もご記入ください

「子どもの強さと困難さアンケート」
(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)

以下のそれぞれの質問項目について、あてはまらない、まああてはまる、あてはまる、のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例:)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問に答えてください。あなたのお子さんのここ半年くらいの行動について答えてください。

お子さんのお名前: 性別: 男児 / 女児

お子さんのお誕生日:年.....月.....日

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
他人の気持ちをよく気づかう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おちつきがなく、長い間じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうたえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の子どもたちと、よく分け合う(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カツとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
素直で、だいたい大人のことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おちこんでずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
すぐに気が散りやすく、注意を集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年下の子どもたちに対してやさしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく大人に対して口答えする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分からすすんでよく他人を手伝う(親・先生・子どもたちなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく考えてから行動することができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の人に対していじわるをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
こわがりで、すぐにおびえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ものごとを最後までやりとげ、集中力もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

署名: 日付:年.....月.....日

ご回答くださったのほどなためですか(○をつけてください):

親 / 保育士 / 教師 / その他(具体的に:)

ご協力ありがとうございました。