

質問36 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食としてコンビニエンスストア、スーパー、弁当店などで買ったお弁当を食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問37 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食として冷凍食品を食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問38 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食として大豆製品（納豆、豆腐、豆乳等）を食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問39 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食としてレトルト食品を食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問40 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食としてカップ麺やスープ等のプラスチック容器に入っていて熱湯を注いで食べる食事を食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問41 過去1ヵ月間に、朝食や昼食、夕食として缶詰めを食べることはどのぐらいありますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 | 3. 週に2~3回 |
| 4. 週に3~6回 | 5. 毎日 | |

質問42 コーヒーや紅茶を飲むときに入れるものは主に何ですか？（一つだけ○）

- | |
|-------------------------------|
| 1. 液体のコーヒークリーム（コーヒーフレッシュともいう） |
| 2. 粉末のコーヒークリーム |
| 3. 牛乳 |
| 4. 生クリーム |
| 5. ミルク類は何もいれない |

F. 喫煙についておたずねします。あてはまる番号に○をつけ、 内にあてはまる数字をご記入ください。

質問43 あなたご自身の喫煙についてお答えください。(一つだけ○)

1. 喫煙したことはない。	
2. 以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた。	
吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/> 才
吸うのを止めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/> 才
平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> 本
3. 以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた。	
吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/> 才
最後に吸ったのはいつですか？	<input type="text"/> <input type="text"/> 日前
平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> 本
4. 喫煙を続けている。	
吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/> 才
平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/> <input type="text"/> 本

質問44 あなたは現在、家の中や仕事場、外出先の屋内で、他の人が吸ったタバコの煙を吸い込む機会がどれくらいありますか？(一つだけ○)

1. ほとんどない	
2. 週1日くらい	3. 週2~3日
4. 週に4~6日	5. 毎日

(→質問 44-1 へ)

質問44-1 そのような場合、他の人が吸ったタバコの煙を、あなたが吸う時間は1日のうち、どれくらいですか？(一つだけ○)

1. 1時間未満	2. 1~2時間くらい	3. それ以上
----------	-------------	---------

G. あなたの生活についておたずねします。平均的な1週間を考えた場合、あなたが1日にどのくらいの時間、体を動かしているのかをおたずねします。

身体活動（体を動かすこと）とは、仕事での活動、通勤や買い物などいろいろな場所への移動、家事や庭仕事、余暇時間の運動やレジャーなど、体を動かすすべての活動です。以下の質問では、1回につき少なくとも10分間以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答えください。

<妊娠前の生活について>

質問45 妊娠前の平均的な1週間で、強い身体活動（身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動）を行う日は何日ありましたか？（一つだけ○）

1. 週 日（→質問45-1へ） 2. ない（→質問46へ）

質問45-1 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間行いましたか？

1日 時間 分

質問46 妊娠前の平均的な1週間で、中等度の身体活動（身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動）を行う日は何日ありましたか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答えください。（一つだけ○）

1. 週 日（→質問46-1へ） 2. ない（→質問47へ）

質問46-1 中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間行いましたか？

1日 時間 分

質問47 妊娠前の平均的な1週間で、10分間以上続けて歩くことは何日ありましたか？ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。（一つだけ○）

1. 週 日（→質問47-1へ） 2. ない（→質問48へ）

質問47-1 そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きましたか？

1日 時間 分

質問48 妊娠前、座ったり寝転んだりして過ごしていた時間は、1日合計してどれくらいでしたか？ 睡眠時間は含めないでください。

1日 時間 分

質問48-1 そのうちで、テレビを見て過ごす時間はどれくらいでしたか？

1日 時間 分

質問48-2 そのうちで、ゲーム（携帯電話のゲームを含む）をして過ごす時間はどれくらいでしたか？

1日 時間 分

質問49 妊娠前、寢床（ベッドや布団）に入って眠ろうとする（消灯する）時刻は平均して何時頃ですか？ 時・分を記入してください。

午前・午後（○で囲む） 時 分

質問50 妊娠前、平均的な起床時刻は何時頃ですか？ 時・分を記入してください。

午前・午後（○で囲む） 時 分

<妊娠中の生活について>

質問51 妊娠中の平均的な1週間で、強い身体活動（身体的にきついと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動）を行う日は何日ありますか？（一つだけ○）

1. 週 日（→質問51-1へ） 2. ない（→質問52へ）

質問51-1 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間行いますか？

1日 時間 分

質問52 妊娠中の平均的な1週間で、中等度の身体活動（身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動）を行う日は何日ありますか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答えください。（一つだけ○）

1. 週 日（→質問52-1へ） 2. ない（→質問53へ）

質問52-1 中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間行いますか？

1日 時間 分

質問53 妊娠中の平均的な1週間で、10分間以上続けて歩くことは何日ありますか？
ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。
（一つだけ○）

1. 週 日（→質問53-1へ） 2. ない（→質問54へ）

質問53-1 そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか？

1日 時間 分

質問54 妊娠中、座ったり寝転んだりして過ごしていた時間は、1日合計してどれくらいですか？ 睡眠時間は含めないでください。

1日 時間 分

質問54-1 1日のうち、テレビを見て過ごす時間はどれくらいですか？

1日 時間 分

質問54-2 1日のうち、ゲームをして過ごす時間はどれくらいですか？

1日 時間 分

質問55 妊娠中、寝床（ベッドや布団）に入って眠ろうとする（消灯する）時刻は平均して何時頃ですか？ 時・分を記入してください。

午前・午後（○で囲む） 時 分

質問56 妊娠中、平均的な起床時刻は何時頃ですか？ 時・分を記入してください。

午前・午後（○で囲む） 時 分

質問57 妊娠中、あなたの眠りの深さはどの程度だと思いますか？（一つだけ○）

- | | | |
|---------------|---------------|-----------|
| 1. 非常に浅い方だと思う | 2. 比較的浅い方だと思う | 3. 普通だと思う |
| 4. 比較的深い方だと思う | 5. 非常に深い方だと思う | |

質問58 妊娠中、朝、目覚めた時の気分はどうですか？（一つだけ○）

- | | | |
|----------|----------|-------|
| 1. 非常に悪い | 2. 比較的悪い | 3. 普通 |
| 4. 比較的良い | 5. 非常に良い | |

質問59 妊娠中の睡眠について、以下の質問はどの程度あてはまりますか？
（①～③、それぞれ一つだけ○）

①眠いのになかなか寝付けない	1. まったくあてはまらない	2. あまりあてはまらない
	3. 少しあてはまる	4. わりとあてはまる
	5. 非常にあてはまる	
②いったん眠ったら、朝まで目が覚めない	1. まったくあてはまらない	2. あまりあてはまらない
	3. 少しあてはまる	4. わりとあてはまる
	5. 非常にあてはまる	
③いくら寝ても、寝不足のように感じる	1. まったくあてはまらない	2. あまりあてはまらない
	3. 少しあてはまる	4. わりとあてはまる
	5. 非常にあてはまる	

質問60 妊娠中、1日平均で何時間くらい音楽鑑賞をしていますか？

時間

質問61 妊娠中、平均して1日どれくらい携帯電話で電話をしますか？（一つだけ○）

- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 1. 0分 | 2. 5分未満 | 3. 5～10分 |
| 4. 10～30分 | 5. 30分～1時間 | 6. 1時間以上 |

質問62 妊娠中、平均して1日何回くらい携帯電話でメールの送受信をしますか？（一つだけ○）

- | | | |
|----------|----------|---------|
| 1. 0回 | 2. 1～2回 | 3. 3～5回 |
| 4. 5～10回 | 5. 10回以上 | |

質問63 妊娠中、屋外で過ごす時間はどれくらいですか？

一日の平均 分

H. あなたの住居や環境についておたずねします。また、化粧品など、日常よく使っているものについてもおたずねします。それらは人体に無害と考えられていますが、今回の調査で、子どもの健康への影響をあらためて実証したいと考えています。
なお、最近転居された場合は、妊娠中で一番長く住んでいた場所でお答えください。

質問64 ご自宅についてお聞きします。（一つだけ○）

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 木造一戸建て |
| 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て |
| 3. 木造の集合住宅（アパート等） |
| 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） |
| 5. その他（具体的に： <input type="text"/> ） |

質問65 ご自宅は建築後何年ですか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------------|---------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上3年未満 | 3. 3年以上5年未満 |
| 4. 5年以上10年未満 | 5. 10年以上20年未満 | 6. 20年以上 |
| 7. わからない | | |

質問66 その家に何年くらいお住まいですか？

年

質問67 ふだん生活している家は、何階にありますか？

階建ての 階

質問68 ご自宅は何部屋ありますか？ 台所（キッチン）、風呂、トイレ、洗面台、倉庫、納戸は数えないでください。

部屋

質問69 妊娠中、ご自宅の大規模な増改築、内装工事を行いましたか？（一つだけ○）

1. はい 2. いいえ

質問70 過去1年間の冷房器具についてお聞きします。冷房は主に何を使いましたか？（一つだけ○）

1. エアコン 2. 扇風機
3. その他（具体的に： _____）
4. 何も使っていない

質問71 過去1年間に、季節によっては加湿器を使用しましたか？（一つだけ○）

1. はい 2. いいえ

質問72 過去1年間に、除湿器（エアコンのドライ機能を含む）を使用しましたか？（一つだけ○）

1. はい 2. いいえ

質問73 過去1年間に、空気清浄器を使用しましたか？（一つだけ○）

1. はい 2. いいえ

質問74 冬の居間の暖房には次のどれを使いましたか？（あてはまる番号と記号をすべて○印で囲んでください。）

1. 冬でも使用しない
2. 使用する（a～hの中で、あてはまるものすべての記号を○印で囲んでください。）
→ a. 石油ストーブ、石油ファンヒーター
b. ガスストーブ、ガスファンヒーター
c. 石油（もしくはガス）クリーンヒーター（煙突、排気筒があるもの）
d. エアコン、スチーム、オイルヒーター
e. 電気こたつ、電気ストーブ、ホットカーペットなどの電気暖房器具
f. セントラルヒーティング、床暖房
g. 炭、練炭の火鉢やこたつなど
h. その他（具体的に： _____）

質問75 就眠時、布団の中で電気暖房器具を使っていますか？（あてはまる番号と記号をすべて○印で囲んでください。）

1. 冬でも使用しない
2. 使用する（a～cの中で、あてはまるものすべての記号を○印で囲んでください。）
→ a. 電気アンカ
b. 電気毛布
c. その他（具体的に： _____）

質問76 居間の床について当てはまるものをお答えください。(一つだけ○)

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. 畳 | 2. 畳の上のじゅうたん |
| 3. 床張り、フローリング、タイル | 4. 床張り、フローリング、タイルの上のじゅうたん |
| 5. その他(具体的に:) | |

質問77 1年を通して、居間に掃除機をかける頻度をお答えください。(一つだけ○)

- | | | |
|---------|-------------|-----------|
| 1. 週に数回 | 2. 週に1回ていど | 3. 月に1~2回 |
| 4. 年に数回 | 5. ほとんどかけない | |

質問78 1年を通して、寝室の床に掃除機をかける頻度をお答えください。(一つだけ○)

- | | | |
|---------|-------------|-----------|
| 1. 週に数回 | 2. 週に1回ていど | 3. 月に1~2回 |
| 4. 年に数回 | 5. ほとんどかけない | |

質問79 1年を通して、布団に掃除機をかけることがありますか?(一つだけ○)

- | | | |
|---------|-------------|-----------|
| 1. 週に数回 | 2. 週に1回ていど | 3. 月に1~2回 |
| 4. 年に数回 | 5. ほとんどかけない | |

質問80 1年を通して、布団を干すことがありますか? 天気のことも考えて、平均的な様子をお答えください。(一つだけ○)

- | | | |
|---------|-------------|-----------|
| 1. 週に数回 | 2. 週に1回ていど | 3. 月に1~2回 |
| 4. 年に数回 | 5. ほとんど干さない | |

質問81 妊娠中、布団にダニ防止カバーや防ダニ仕様の寝具を使っていますか?(一つだけ○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

質問82 浴室や洗面所も含めてご自宅の中にカビが生えているところがありますか?(あてはまる番号と記号をすべて○印で囲んでください。)

- | | | | | | | | | | |
|---|-------|-----------|-----------|-----------|-------|--------|----------------|--|--|
| 1. いいえ | | | | | | | | | |
| 2. はい → 具体的な場所は | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>a. 台所</td> <td>b. 居間</td> <td>c. ご自身の寝室</td> </tr> <tr> <td>d. その他の寝室</td> <td>e. 浴室</td> <td>f. トイレ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">g. その他(具体的に:)</td> </tr> </table> | a. 台所 | b. 居間 | c. ご自身の寝室 | d. その他の寝室 | e. 浴室 | f. トイレ | g. その他(具体的に:) | | |
| a. 台所 | b. 居間 | c. ご自身の寝室 | | | | | | | |
| d. その他の寝室 | e. 浴室 | f. トイレ | | | | | | | |
| g. その他(具体的に:) | | | | | | | | | |

質問83 現在、ご自宅でペットを飼っていますか? もし飼っている場合は、その種類を教えてください。(あてはまる番号と記号をすべて○印で囲んでください。)

- | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------------|---------------|---------------|----------|--|----------------------|--|--|
| 1. 現在飼っていない | | | | | | | | | |
| 2. 現在飼っている | | | | | | | | | |
| → 種類は | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>a. ネコ</td> <td>b. 小鳥</td> <td>c. 家の中で飼っている犬</td> </tr> <tr> <td>d. 家の外で飼っている犬</td> <td colspan="2">e. ハムスター</td> </tr> <tr> <td colspan="3">f. カメ g. その他(具体的に:)</td> </tr> </table> | a. ネコ | b. 小鳥 | c. 家の中で飼っている犬 | d. 家の外で飼っている犬 | e. ハムスター | | f. カメ g. その他(具体的に:) | | |
| a. ネコ | b. 小鳥 | c. 家の中で飼っている犬 | | | | | | | |
| d. 家の外で飼っている犬 | e. ハムスター | | | | | | | | |
| f. カメ g. その他(具体的に:) | | | | | | | | | |

質問84 ご自宅はオール電化住宅ですか？（一つだけ○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

質問85 上水の蛇口に浄水器を設置して使っていますか？（一つだけ○）

- | | |
|--------------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
| 3. その他（具体的に： | ） |

質問86 妊娠中、使用されているお化粧品のうち、香水などの香料についてお聞きします。（一つだけ○）

- | | |
|--------------|------------|
| 1. よく使った | 2. ときどき使った |
| 3. あまり使わなかった | 4. 使用しなかった |

質問87 妊娠中、マニキュア、ネイルアートをしますか？（一つだけ○）

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. よくした | 2. ときどきした |
| 3. あまりしなかった | 4. しなかった |

質問88 妊娠中、ご家庭で染毛剤（ヘアダイ）、パーマ液はよく使っていますか？（一つだけ○）

- | | |
|--------------|------------|
| 1. よく使った | 2. ときどき使った |
| 3. あまり使わなかった | 4. 使用しなかった |

質問89 妊娠中、ヘアサロンで染毛剤（ヘアダイ）、パーマ液はよく使っていますか？（一つだけ○）

- | | |
|--------------|------------|
| 1. よく使った | 2. ときどき使った |
| 3. あまり使わなかった | 4. 使用しなかった |

質問90 妊娠中、紫外線防護用のクリーム（いわゆる日焼け止め）は使っていますか？（一つだけ○）

- | | |
|--------------|------------|
| 1. よく使った | 2. ときどき使った |
| 3. あまり使わなかった | 4. 使用しなかった |

I. 妊娠に気付かれた時点でのあなたのご職業などをおたずねします（専業主婦の方もご記入ください）。職業と生まれてくるお子さまの健康状態との関係を調べます。

質問91 以下のリストであてはまる職業（家業に従事する場合を含みます）を1つ選び、○をつけてください。複数の項目にあてはまる場合は、もっとも時間をかけているものを選んでください。

- *なお、1) 収入を伴わない仕事（例：PTA 役員その他の奉仕的活動、家庭菜園での作業）、
2) 小づかい程度の収入の仕事、3) 学生／職業訓練生（奨学金類の有無を問いません）、
4) 財産収入（例：預貯金の利子、自己所有の株式配当や売買差益、家賃収入）で生活している方の場合は、「無職」を選択してください。

1. 専門・技術職	科学研究者、農林水産業・食品技術者・機械・電気技術者、鉱工業技術者、建築・土木・測量技術者、情報処理技術者、その他の技術者、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、医療技術者、その他の保健医療従事者、社会福祉専門職従事者、法務従事者、経営専門職業従事者、教員、宗教家、文芸家、記者、編集者、美術家、写真家、デザイナー、音楽家、舞台芸術家、その他の専門的職業従事者
2. 管理職	管理的公務員、会社・団体等役員、会社・団体等管理職員、その他の管理的職業従事者
3. 事務職	一般事務の職業、会計事務の職業、生産関連事務の職業、営業・販売等の職業、外勤事務の職業、運輸・通信事務の職業、事務用機器操作の職業
4. 営業販売職	商品販売の職業、販売類似の職業
5. サービス職	家庭生活支援サービスの職業、生活衛生サービスの職業、飲食物調理の職業、接客・給仕の職業、居住施設・ビル等管理の職業、その他のサービス職業従事者
6. 保安職	自衛官、司法警察職員、その他の保安職業従事者
7. 農林魚業	農業の職業、林業作業者、漁業作業者
8. 運輸・通信職	鉄道運転職業、自動車運転職業、船舶・航空機運転職業、その他の運輸職業、通信従事者
9. 生産・労務職	金属材料製造作業者、化学製品製造作業者、窯業製品製造作業者、土石製品製造作業者、金属加工作業者、金属溶接・溶断作業者、一般機械器具組立・修理作業者、電気機械器具組立・修理作業者、輸送機械組立・修理作業者、計量計測機器・光学機械器具組立・修理作業、精穀・製粉・調味食品製造作業者、食料品製造作業者、飲料・たばこ製造作業者、紡織作業者、衣服・繊維製品作業者、木・竹・草・つる製品製造作業者、パルプ・紙・紙製品製造作業者、印刷・製本作業者、ゴム・プラスチック製品作業者、革・革製品製造作業者、装身具等身の回り品製造作業者、その他の製造・制作作業者、定置機関・機械及び建設機械運転作業者、電気作業者、採掘作業者、建設躯体工事作業者、建設作業者、土木作業従事者、運搬労務作業者、その他の労務作業者、分類不能の職業
10. 専業主婦	
11. 学生・大学院生	
12. 無職	
13. 上記いずれにもあてはまらない職業（	）

質問92 妊娠がわかってから、あなたの職業は変わりましたか？（一つだけ○）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 変わらない（→質問 94 へ） | 2. 休職中（→質問 94 へ） |
| 3. 変わった（→質問 93 へ） | |

質問93 質問 92 で「3.変わった」と回答された方は、以下のリストであてはまる職業（家庭に従事する場合を含みます）を1つ選び、○をつけてください。複数の項目にあてはまる場合は、もっとも時間をかけているものを選んでください。

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. 専門・技術職 | 科学研究者、農林水産業・食品技術者・機械・電気技術者、鉱工業技術者、建築・土木・測量技術者、情報処理技術者、その他の技術者、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、医療技術者、その他の保健医療従事者、社会福祉専門職従事者、法務従事者、経営専門職業従事者、教員、宗教家、文芸家、記者、編集者、美術家、写真家、デザイナー、音楽家、舞台芸術家、その他の専門的職業従事者 |
| 2. 管理職 | 管理的公務員、会社・団体等役員、会社・団体等管理職員、その他の管理的職業従事者 |
| 3. 事務職 | 一般事務の職業、会計事務の職業、生産関連事務の職業、営業・販売等の職業、外勤事務の職業、運輸・通信事務の職業、事務用機器操作の職業 |
| 4. 営業販売職 | 商品販売の職業、販売類似の職業 |
| 5. サービス職 | 家庭生活支援サービスの職業、生活衛生サービスの職業、飲食物調理の職業、接客・給仕の職業、居住施設・ビル等管理の職業、その他のサービス職業従事者 |
| 6. 保安職 | 自衛官、司法警察職員、その他の保安職業従事者 |
| 7. 農林魚業 | 農業の職業、林業作業者、漁業作業者 |
| 8. 運輸・通信職 | 鉄道運転職業、自動車運転職業、船舶・航空機運転職業、その他の運輸職業、通信従事者 |
| 9. 生産・労務職 | 金属材料製造作業者、化学製品製造作業者、窯業製品製造作業者、土石製品製造作業者、金属加工作業者、金属溶接・溶断作業者、一般機械器具組立・修理作業者、電気機械器具組立・修理作業者、輸送機械組立・修理作業者、計量計測機器・光学機械器具組立・修理作業、精穀・製粉・調味食品製造作業者、食料品製造作業者、飲料・たばこ製造作業者、紡織作業者、衣服・繊維製品作業者、木・竹・草・つる製品製造作業者、パルプ・紙・紙製品製造作業者、印刷・製本作業者、ゴム・プラスチック製品作業者、革・革製品製造作業者、装身具等身の回り品製造作業者、その他の製造・制作作業者、定置機関・機械及び建設機械運転作業者、電気作業者、採掘作業者、建設躯体工事作業者、建設作業者、土木作業従事者、運搬労務作業者、その他の労務作業者、分類不能の職業 |
| 10. 専業主婦 | |
| 11. 学生・大学院生 | |
| 12. 無職 | |
| 13. 上記いずれにもあてはまらない職業（ | ） |

質問94 妊娠中、毎月1回以上、次のもの(a.~u.)をご自分で扱いましたか？

お仕事で、半日以上かけて扱った回数を教えてください。例にしたがって、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	1. いいえ	2. 月1回~月 2,3回程度	3. 週に1回以 上	4. 毎日
例) 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	1	2	3	4
a. 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	1	2	3	4
b. 塩素系漂白剤・殺菌剤（「混ぜるな危険」の表示のあるもの）	1	2	3	4
c. 医療用消毒殺菌剤	1	2	3	4
d. 油性マジック	1	2	3	4
e. 水性ペイント・インクジェットプリンタ	1	2	3	4
f. 有機溶剤（シンナー、試験・分析・抽出用溶剤、ドライクリーニング用洗浄剤、染み抜き溶剤、ペイント塗料、除光液（リムーバー）など）	1	2	3	4
g. コピー機、レーザープリンタ	1	2	3	4
h. エンジンオイル	1	2	3	4
i. ホルマリン・ホルムアルデヒド	1	2	3	4
j. 抗がん剤（自分の治療薬は除く）	1	2	3	4
k. 病院で手術や検査に用いる全身麻酔薬	1	2	3	4
l. 殺虫剤	1	2	3	4
m. 除草剤	1	2	3	4
n. 上記以外の、または種類がわからない農薬 *名前がわかれば教えてください (→)	1	2	3	4
o. 放射線・放射性物質・アイソトープ	1	2	3	4
p. 微生物	1	2	3	4
q. はんだなど鉛を含む製品	1	2	3	4
r. 無鉛はんだ（鉛フリーはんだ）	1	2	3	4
s. クロム、ヒ素、カドミウム	1	2	3	4
t. 水銀	1	2	3	4
u. 染料（毛髪染め）	1	2	3	4
v. そのほか化学物質などの名前がわかれば教えてください。(→)	1	2	3	4

質問95 妊娠中、約 10 キログラム以上の重いもの（胎児の兄弟を含む）をもつことはありましたか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------|--------------------|-------------|
| 1. いいえ | 2. 月 1 回～月 2、3 回程度 | 3. 週に 1 回以上 |
|--------|--------------------|-------------|

質問96 妊娠中の住居や職場は騒音でうるさい環境ですか？（一つだけ○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

質問97 妊娠中、冷蔵庫や冷凍庫に出入りしましたか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------|--------------------|-------------|
| 1. いいえ | 2. 月 1 回～月 2、3 回程度 | 3. 週に 1 回以上 |
|--------|--------------------|-------------|

質問98 妊娠中、激しく汗をかくような暑い場所で仕事をしましたか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------|--------------------|-------------|
| 1. いいえ | 2. 月 1 回～月 2、3 回程度 | 3. 週に 1 回以上 |
|--------|--------------------|-------------|

質問99 妊娠中、振動の強い機械（電動芝刈り機、電動のこぎり等）や乗り物・装置をつかいましたか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------|--------------------|-------------|
| 1. いいえ | 2. 月 1 回～月 2、3 回程度 | 3. 週に 1 回以上 |
|--------|--------------------|-------------|

質問100 妊娠中、夜 10 時以降明け方までの時間帯に仕事をすることがありましたか？（一つだけ○）

- | | | |
|--------|--------------------|-------------|
| 1. いいえ | 2. 月 1 回～月 2、3 回程度 | 3. 週に 1 回以上 |
|--------|--------------------|-------------|

質問101 あなたの最終学歴をお答えください。（一つだけ○）

- | | | | |
|---------|-------|---------------|---------|
| 1. 中学 | 2. 高校 | 3. 高等専門学校 | 4. 専門学校 |
| 5. 短期大学 | 6. 大学 | 7. 大学院（修士・博士） | |

質問102 あなたの夫・パートナーの最終学歴をお答えください（一つだけ○）

- | | | | |
|---------|-------|---------------|---------|
| 1. 中学 | 2. 高校 | 3. 高等専門学校 | 4. 専門学校 |
| 5. 短期大学 | 6. 大学 | 7. 大学院（修士・博士） | |

質問103 あなたの世帯の年間所得額（税込）を教えてください。（一つだけ○）

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 200 万円未満 | 2. 200 万円以上～400 万円未満 |
| 3. 400 万円以上～600 万円未満 | 4. 600 万円以上～800 万円未満 |
| 5. 800 万円以上～1000 万円未満 | 6. 1,000 万円以上～1,200 万円未満 |
| 7. 1,200 万円以上～1,500 万円未満 | 8. 1,500 万円以上～2,000 万円未満 |
| 9. 2,000 万円以上～ | |

質問104 あなたの世帯で収入を得ている人は何人いますか。

人

J. あなたの重大なライフイベント（できごと）についておたずねします。

質問105 この1年間にあなたにとって下記のようなストレスになるようなできごとはありましたか？（一つだけ○）

「2. あった」を選んだ場合、それは右欄のうち、どれにあてはまりますか。
（あてはまるものすべてをお答えください。）

1. なかった 2. あった →	1. 親の死亡 3. 子どもの死亡 5. 配偶者の病気、けが 7. 配偶者の解雇 9. 親しい友人の死亡 11. 家族構成の変化（祖父母の同居など） 13. 転居 15. その他（具体的に：	2. 配偶者の死亡 4. 親の病気 6. 子どもの病気、けが 8. 自分の解雇 10. 巨額の借金 12. 離婚 14. 夫婦間の問題)
---------------------	--	--

K. あなたの社会的なつながりについておたずねします。

質問106 連絡可能な人で、あなたに愛情や好意を示してくれる人はいますか？
（一つだけ○）

1. 常におれない	2. いる時もある	3. ある程度いる
4. ほとんどの時にいる	5. 常にいる	

質問107 あなたは、何か問題を相談したり、難しい決断をするのを助けてくれる、精神的な支えとなる人はいますか？（一つだけ○）

1. 常におれない	2. いる時もある	3. ある程度いる
4. ほとんどの時にいる	5. 常にいる	

質問108 あなたは近しいと感じる、信頼できる人と望む程度の連絡をとっていますか？
（一つだけ○）

1. 全くとっていない	2. まれにとっている	3. ある程度とっている
4. ほとんどとっている	5. いつもとっている	

質問109 気軽に相談事ができる親族や友人は何人いますか？（一つだけ○）

1. いない	2. 1-3人	3. 3、4人以上
--------	---------	-----------

ドクター調査票 (Dr-T1) : **登録時** 分娩予定日決定後に記入

実施機関情報

施設登録番号： _____ 施設名： _____

住所：〒 (_____ - _____) _____

記入者： 医師 看護師・助産師 事務職員 記入日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (自署) _____

お母様の情報

登録番号 (ID)： _____

氏名： _____ 生年月日： 昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

住所：〒 (_____ - _____) _____

電話番号 (自宅)： _____ (携帯)： _____

登録時の妊娠週数： _____ 週 _____ 日

分娩予定日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (算出方法： 最終月経 CRL で補正 人工授精・体外受精日より)

分娩予定場所： 当院 里帰り 里帰り予定地： _____ (分娩予定施設名： _____)

母親の身長： . cm 非妊時体重： . kg (※小数点以下第1位まで)

現在の体重： . kg 計測日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回の妊娠： 自然妊娠 排卵誘発 AIH 体外受精 (IVF) 顕微受精 (ICSI) 新鮮胚移植 凍結胚移植 胚盤胞

胎児数及び膜性診断： 単胎 双胎 (DD MD MM) 品胎 要胎以上

月経異常： なし あり → 月経不順 多嚢胞性卵巣症候群 月経障害 (軽度 高度)

妊娠前の定期的投薬： なし あり → *別紙による詳細聞き取り調査を実施

妊娠分娩歴： 妊娠 _____ 回 (今回を除く) ↓ *多胎の場合は児数分の番号を使用してください。

第1回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第2回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第3回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第4回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第5回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第6回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第7回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			
第8回妊娠	() 歳で妊娠	妊娠 () 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	出生児：() g		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 性別不明 <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (原因： _____)			

既往の異常妊娠合： なし あり → 妊娠高血圧症候群 () 歳 妊娠糖尿病 () 歳 常位胎盤早期剥離 () 歳

子宮外妊娠 () 歳 前置胎盤 () 歳 胎状奇胎 () 歳 不育症 () 歳 その他 (_____) 歳

検体採取の実施 (施行されたものにチェック)： 母体血 母体尿

ドクター調査票(Dr-0m) : **分娩時** 母体入院中に記入実施
機関
情報

施設登録番号 : _____ 施設名 : _____

住所 : 〒 (_____ - _____)

電話番号 : _____ FAX : _____

記入者 : 医師 看護師・助産師 事務職員 記入日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (自署) _____

お
母
様
の
情
報

登録番号 (ID) : _____

氏名 : _____ 生年月日 : 昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳

住所 : 〒 (_____ - _____)

電話番号 (自宅) : _____ (携帯) : _____

■新生児情報 (多胎の場合は選択 第1子 第2子 第3子 第__子 *児1人につき本用紙1枚を使用してください)出生日 : 平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠 : _____ 週 _____ 日 (生産 死産)*妊娠が流産に終わった場合 : 自然流産 () 週 () 日 人工流産 () 週 () 日性別 : 男 女 不明APGAR score : 生後1分 () 点 5分 () 点 臍帯動脈血pH値 : . *小数点以下第二位まで分娩様式 : 自然 誘導・促進 吸引 鉗子 帝王切開 →
反復帝王切開 子宮筋腫核出後 妊娠高血圧症候群 前置胎盤 胎児機能不全
胎位異常 分娩遷延・停止 多胎 前期破水 胎内感染 IUGR
胎児未熟性 社会的適応 CPD 合併症・その他 ()

経膈分娩の場合 : 分娩時間 (陣痛発来から分娩までの時間) : () 時間 () 分

無痛分娩 : なし あり → 麻酔様式 : 硬膜外 硬脊麻 傍頸管ブロック胎位 : 頭位 横位 骨盤位 その他 ()出生時計測 : 体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm胎盤重量 g 胎盤・臍帯異常 : なし あり → (内容 : _____)新生児黄疸 : なし あり → (生後__日目 治療 : 光線療法 交換輸血)新生児合併症 : なし あり → (診断名 : _____)新生児搬送 : なし あり → (医療機関名 : _____)

■母体妊娠経過情報

分娩直前の体重 : . kg (計測日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)妊娠中の血糖値 : mg/dl (計測日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (随時血糖 空腹時血糖)母体感染症 : なし あり → HBs 抗原陽性 (HBe 抗原陽性 肝機能異常)HCV 抗体陽性 (HCV-RNA 陽性 肝機能異常) 梅毒反応陽性 (STS・RPR 陽性 TPHA・FTA-ABS 陽性)HIV 感染 (ウェスタンブロット或いはRT-RCRで確認されたもの) HTLV-1 抗体陽性頸管クラミジア抗原陽性 GBS 陽性 その他 ()妊娠中の合併症 : なし あり → 高血圧 甲状腺疾患 (機能亢進症 機能低下症) 糖尿病自己免疫性疾患 心疾患 腎疾患 肝炎 脳梗塞 脳内出血 てんかん 血液疾患 悪性腫瘍精神疾患 神経疾患 血栓症 その他 (病名 _____)妊娠中に使用した薬剤 : なし あり → ステロイド 抗生物質 鉄剤 葉酸 その他 ()

不育症治療（不妊治療、流産予防を含む）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> プロゲステロン <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）
頸管熟化・陣痛促進剤： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> プラステロン硫酸ナトリウム（マイリスなど） <input type="checkbox"/> オキシトシン <input type="checkbox"/> PGE2 <input type="checkbox"/> PGF2 α <input type="checkbox"/> ゲメプロスト（プレグランディンなど） <input type="checkbox"/> その他（ ）
陣痛抑制剤： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> リトドリン <input type="checkbox"/> 硫酸マグネシウム <input type="checkbox"/> インドメタシン <input type="checkbox"/> その他（ ）
慢性疾患に対する定期的投薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（内容： ）
ヨード剤の使用（甲状腺疾患治療・造影検査など）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（時期：妊娠（ ）週ごろ） （種類： ）
今回妊娠前3ヶ月以内の子宮卵管造影検査： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（使用造影剤： ）
妊娠中の栄養指導： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（時期：妊娠（ ）週ごろ） 理由：（ ）
産科・分娩合併症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（*ありの場合、診断した妊娠週数を[（ ）週（ ）日]欄に記入） <input type="checkbox"/> 切迫流産[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 切迫早産[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 [（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 前期破水[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 前置胎盤[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 胎児機能不全[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 羊水過少[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 羊水過多[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 絨毛膜羊膜炎[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 羊水混濁[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 羊水塞栓[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 癒着胎盤[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 子宮内胎児死亡[（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群[<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 重症：（ ）週（ ）日] <input type="checkbox"/> その他（ ）[（ ）週（ ）日]
新生児の身体異常： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	（*確定診断名にレ点を記入し、未確定の場合は最終行の「未確定の異常欄」に概要を記入する） 頭部・脳 ： <input type="checkbox"/> 無脳症 <input type="checkbox"/> 脳瘤 <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 全前脳胞症 <input type="checkbox"/> 脳梁欠損 <input type="checkbox"/> その他の頭部・脳異常（ ） 眼 ： <input type="checkbox"/> 眼瞼欠損 <input type="checkbox"/> 小眼球症（無眼球症） <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> その他の眼異常（ ） 耳 ： <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 外耳道閉鎖 <input type="checkbox"/> 埋没耳 <input type="checkbox"/> 耳介低位 <input type="checkbox"/> その他の耳異常（ ） 口顔面 ： <input type="checkbox"/> 口唇裂 <input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂 <input type="checkbox"/> 顔面裂 <input type="checkbox"/> 先天性歯 <input type="checkbox"/> その他の口顔面異常（ ） 上肢 ： <input type="checkbox"/> 多指症 <input type="checkbox"/> 合指症 <input type="checkbox"/> 裂手症 <input type="checkbox"/> その他の上肢異常（ ） 胸部 ： <input type="checkbox"/> 先天性横隔膜ヘルニア <input type="checkbox"/> 肺分画症 <input type="checkbox"/> CCAM（先天性嚢胞性腺腫様奇形） <input type="checkbox"/> 肺低形成 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の胸部異常（ ） 腹部 ： <input type="checkbox"/> 臍帯ヘルニア <input type="checkbox"/> 腹壁破裂 <input type="checkbox"/> 食道閉鎖 <input type="checkbox"/> 十二指腸閉鎖 <input type="checkbox"/> 小腸閉鎖 <input type="checkbox"/> 直腸肛門閉鎖 <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア <input type="checkbox"/> その他の腹部異常（ ） 泌尿生殖器 ： <input type="checkbox"/> 水腎症 <input type="checkbox"/> 嚢胞性腎奇形 <input type="checkbox"/> 腎無形成 <input type="checkbox"/> 尿道下裂 <input type="checkbox"/> 停留精巣・非触知精巣 <input type="checkbox"/> 膀胱外反症・総排泄腔外反症 <input type="checkbox"/> 陰核肥大 <input type="checkbox"/> 膣欠損 <input type="checkbox"/> 性別不分明 <input type="checkbox"/> その他の泌尿生殖器異常（ ） 下肢 ： <input type="checkbox"/> 多趾症 <input type="checkbox"/> 合趾症 <input type="checkbox"/> 裂足症 <input type="checkbox"/> その他の形態異常 <input type="checkbox"/> その他の下肢異常（ ） 皮膚 ： <input type="checkbox"/> 6個以上または巨大な色素異常斑（ <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 白） <input type="checkbox"/> 血管腫 <input type="checkbox"/> 継続する水疱・小水疱・びらん形成（先天性表皮水疱症、色素失調症） <input type="checkbox"/> その他の皮膚異常（ ） 背部 ： <input type="checkbox"/> 脊髄髄膜瘤（二分脊椎） <input type="checkbox"/> その他の背部異常（ ） 染色体異常 ： <input type="checkbox"/> Down症候群 <input type="checkbox"/> trisomy 18 <input type="checkbox"/> trisomy 13 <input type="checkbox"/> Turner症候群 <input type="checkbox"/> その他の染色体異常（ ） →染色体検査による診断の確定： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 骨格・筋 ： <input type="checkbox"/> 致死性骨異形成症 <input type="checkbox"/> 軟骨無発生症 <input type="checkbox"/> 軟骨無形成症 <input type="checkbox"/> 骨形成不全症候群 <input type="checkbox"/> 先天性多発性関節拘縮症 <input type="checkbox"/> フロッピーインファント <input type="checkbox"/> その他の骨格・筋異常（ ） 結合 ： <input type="checkbox"/> 結合胎児 <input type="checkbox"/> 卵膜： <input type="checkbox"/> 羊膜索症候群 <input type="checkbox"/> その他の異常（確定診断名： ） <input type="checkbox"/> 未確定の異常（確定診断を待つ異常の概要： ）
採取検体の実施（施行されたものにチェック）： <input type="checkbox"/> 母体血 <input type="checkbox"/> 母体尿 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> 臍帯	

Exposure to heavy metals among women, neonates and young children in Japan and Pakistan: food duplicate risk assessment study

[Pakistan component]

Investigators:

Faculty:

Fujio Kayama, Jichi Medical University.

Takahiko Yoshida, Asahikawa Medical University.

Keiko Nohara, National Institute of Environmental Studies.

Zafar Fatmi and M. Masood Kadir, Division of Environmental Health Sciences,
Department of Community Health Sciences, Aga Khan University.

Students: Aneeta Khoso and Adeel Khan, Aga Khan University.

20 August, 2013

**Collaboration between Jichi Medical University & Asahikawa Medical University,
Japan and Division of Environmental Health Sciences, Department of
Community Health Sciences,**

Aga Khan University

Objectives:

- To determine the total exposure of arsenic and lead among children, newborn and pregnant women in urban and rural population of Pakistan.
 - Determine the source and proportion of exposure for lead from food and air (source apportionment).
- To validate the food frequency questionnaire with the food group eaten by urban and rural population.
- To determine the biomarker of effects (searching for new biomarkers of effects).
 - Epigenetic difference in cord bloods due to exposure to heavy metals.

Comparison studies:

- To compare heavy metal (arsenic and lead) exposure (total intake) among urban and rural population in Pakistan.
- To compare the biomarkers of effects (as above) among and between Pakistani and Japanese population with the differential exposure.