14. 運動や仕事、日光浴などについて

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）すこし調子が悪い
5）調子が悪い

2 毎日、歩いている時間は合計どのくらいですか？
1）なし
2）30分未満
3）30分～1時間
4）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？
1）乗らない
2）30分未満
3）30分～1時間
4）1時間以上

4 今、汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をどのくらいの時間していますか？
1）しない
2）たまにする
3）週2時間未満
4）週2時間以上

5 今、仕事と家庭での運動量の程度はどのくらいですか？
1）軽い（ほとんど家にいる～買い物に出る程度）
2）中等度（歩行、ゴルフ、サイクリング、ゲートボールなど）
3）強い（ダンスなど、仕事では運搬など）
4）かなり強い（水泳など、仕事では林業、激しい農作業や工事現場など）

6 ここ1ヶ月間の1日平均睡眠時間はどのくらいでしたか？

1）5時間未満　　2）5時間以上～6時間未満　　3）6時間以上～7時間未満

4）7時間以上

7 現在の視力で新聞の字を見ることができますか？

1）眼鏡をかけなくても見える

2）眼鏡をかければ見える

3）見えない

8 今、自分の歯が何本残っていますか？（人間の歯は、通常、親知らずを含めて32本です）

1）全部自分の歯

2）自分の歯が残っている。 → （　　）本ぐらい

3）自分の歯はない。 → （　　）歳から

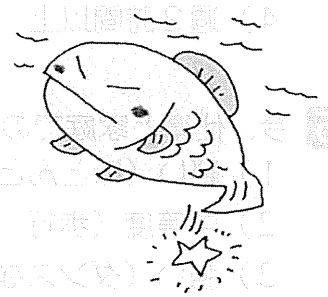
9 今、あなたはどのくらい日光浴をしていますか？

1）しない

2）たまにする

3）週2時間未満

4）週2時間以上



15. たばこ・アルコールについて

たばこの吸い方をお教えください。

1 今、たばこは吸っていますか？
1）はい
2）吸っていたがやめた
3）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）吸っていたがやめた と答えた方は **5** へお進みください。3）いいえ と答えた方は次のページへお進みください。

2 1）はいの方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 今までで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

5 2）吸っていたがやめた方はいつからいつまで吸ってましたか？
（　　）歳　から　（　　）歳

6 2）吸っていたがやめた方は平均して一日に何本ぐらい吸っていましたか？
（　　）本

アルコールの飲み方をお教えください。

1 今、アルコールを飲んでいますか？
1）はい
2）飲んでいたがやめた
3）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）飲んでいたがやめた と答えた方は **5** へお進みください。3）いいえ と答えた方は26ページへお進みください。

2 1）はいの方はいつから飲みはじめましたか？
（　　）歳　または　（　　）年前

3 1）はいの方は今ど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

4 1）はいの方は一回あたりの量はどのくらいですか？

ビール（瓶・缶）	本・缶
ワイン（グラスで）	杯
日本酒	合
焼酎	合
ウィスキー・ブランディ	杯
その他（　　）	杯

5 2）飲んでいたがやめた方は、いつからいつまで飲んでいましたか？
（　　）歳　から　（　　）歳

6 2）飲んでいたがやめた方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 2）飲んでいたがやめた方は一回あたりの量はどのくらいですか？

ビール（瓶・缶）	本・缶
ワイン（グラスで）	杯
日本酒	合
焼酎	合
ウィスキー・ブランディ	杯
その他（　　）	杯

16. 家族歴について

1 お父様はご存命ですか？
1）はい
→現在何歳ですか？（　　）歳
2）いいえ
→何歳でお亡くなりになりましたか？（　　）歳

2 お母様はご存命ですか？
1）はい
→現在何歳ですか？（　　）歳
2）いいえ
→何歳でお亡くなりになりましたか？（　　）歳

ご家族のご病気についてお聞きします。

3 ご家族のなかで骨粗鬆症と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

4 ご家族の中で骨折と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）。
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか？部位も含めてお答えください。（複数回答可）

実父	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
実母	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
兄弟	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
姉妹	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
祖父	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
祖母	1）はい（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明
その他	1）はい（具体的に　　）		
	（①股関節 ②手関節 ③脊椎 ④肩関節 ⑤その他）	2）いいえ	3）不明

5 ご家族の中で高血圧と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

6 ご家族の中で高脂血症と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

7 ご家族の中で糖尿病と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

8 ご家族の中で狭心症と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

9 ご家族の中で心筋梗塞と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

10 ご家族の中で脳卒中と診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか？梗塞か出血かについてもお答えください（複数回答可）

実父	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
実母	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
兄弟	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
姉妹	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
祖父	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
祖母	1）はい（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明
その他	1）はい（具体的に　　）		
	（①脳梗塞　②脳出血　③くも膜下出血　④不明）	2）いいえ	3）不明

11 ご家族の中でがんと診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか？部位も含めてお答えください。（複数回答可）

実父	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
実母	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
兄弟	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
姉妹	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
祖父	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
祖母	1）はい（部位：　　）	2）いいえ	3）不明
その他	1）はい（具体的に　　）		
	（部位：　　）	2）いいえ	3）不明

12 ご家族の中で関節リウマチと診断された方はおられますか（お亡くなりになった方も含みます）？
1）はい　　2）いいえ　　3）不明
↓それはどなたですか（複数回答可）
1）実父　2）実母　3）兄弟　4）姉妹
5）祖父　6）祖母　7）その他（具体的に　　）

13 上記以外でご家族がかかったご病気があればその病名も含めておしえてください
（お亡くなりになった方も含みます）。

実父	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
実母	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
兄弟	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
姉妹	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
祖父	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
祖母	1）はい（病名：　　）	2）いいえ	3）不明
その他	1）はい（具体的に　　）		
	（病名：　　）	2）いいえ	3）不明

17. 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

18. 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。

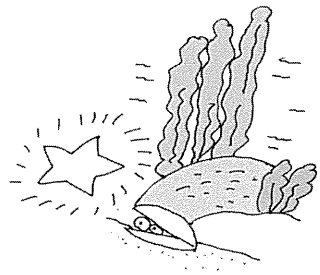
次の行動をするときどの程度の痛みですか？

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。

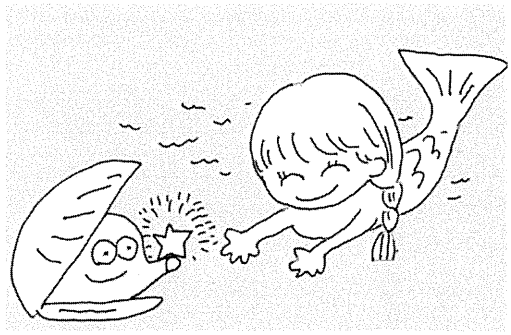
こわばりとは関節が固くなり動きが低下したときの感覚です。

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階段をあがる	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



19. 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、1km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、好きなだけ座っていられる。
1）座りごこちの良いいすであれば、いつまでも座っていられる。
2）痛みのため、1時間以上は座っていられない。
3）痛みのため、30分以上は座っていられない。
4）痛みのため、10分以上は座っていられない。
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、好きなだけ立っていられる。
1）痛みはあるが、好きなだけ立っていられる。
2）痛みのため、1時間以上は立っていられない。
3）痛みのため、30分以上は立っていられない。
4）痛みのため、10分以上は立っていられない。
5）痛みのため、立っていられない。

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いられる。
3）痛みのため、１時間以上は乗っていられない。
4）痛みのため、30分以上は乗っていられない。
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。

20. 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 □

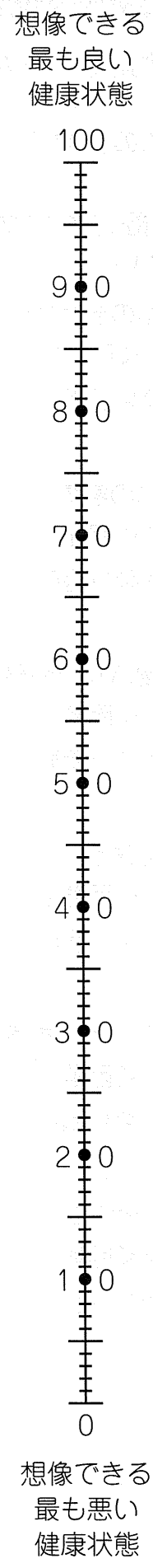
3）ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）
- 私はふだんの活動を行うのに問題はない □
- 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある □
- 私はふだんの活動を行うことができない □

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いない □
- 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。



21. THE Quick DASH

この質問票は、あなたの手の症状や能力（どの程度できたか？）についてお尋ねするものです。
それぞれの質問に対して、先週１週間のあなたの状態について答えてください。

先週1週間に次にあげる動作ができたかどうか、該当する状態の番号を○で囲んでください。

1 きつめのまたは新しいビンのフタを開ける
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

2 重労働の家事をする（壁ふきや床掃除など）
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

3 買い物バックや書類かばんを持ち運ぶ
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

4 背中を洗う
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

5 食事でナイフを使う
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

6 軽いレクリエーションをする（例：トランプ、編み物、碁、将棋など）
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

7 腕・肩・手の障害が、家族、友人、隣人、あるいは仲間との正常な社会生活をどの程度妨げましたか

1）まったくなかった　2）ややあった　3）中等度あった
4）かなりあった　5）極度にあった

8 腕・肩・手の障害によって先週の仕事・日常生活に制限はありましたか

1）制限なし　2）やや制限　3）中等度制限
4）かなり制限　5）極度に制限

先週1週間の症状について、該当する番号を○で囲んでください。

9 腕・肩・手に痛みがある

1）まったくなかった　2）ややあった　3）中等度あった
4）かなりあった　5）何もできなかった

10 腕・肩・手がチクチク痛む（ピンや針を刺したような痛み）

1）まったくなかった　2）ややあった　3）中等度あった
4）かなりあった　5）何もできなかった

11 腕・肩・手の痛みによって眠れないときがありましたか

1）まったくなかった　2）ややあった　3）中等度あった
4）かなりあった　5）何もできなかった

仕事（選択項目）

あなたの仕事（家事を含む）をするにあたって、あなたの腕・肩・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えてください。

あなたの仕事は：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□私は働いておりません。（以下の質問に答える必要はありません）

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んでください。
何か困難がありましたか？

1 仕事において、いつも活動できましたか

1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

2 腕・肩・手の痛みのために仕事が制限されましたか

1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

3 自分の思うように仕事ができましたか

1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

4 いつもと同じ時間仕事ができましたか

1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

スポーツ / 芸術活動（選択項目）

楽器の演奏やスポーツをするにあたって、あなたの腕・肩・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えてください。もしあなたが2つ以上のスポーツもしくは楽器演奏をしている場合は、あなたが最も重要だと考えている活動について答えてください。

その活動は：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□私は楽器の演奏やスポーツをしません。（以下の質問には答える必要はありません）

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んでください。
何か困難がありましたか？

1 スポーツ、もしくは楽器演奏においていつもの活動ができましたか？
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

2 腕・肩・手の痛みのために活動がどの程度制限されましたか
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

3 自分の思うように活動ができましたか
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

4 いつもと同じ時間できましたか
1）全く困難なし　2）やや困難　3）中等度困難
4）かなり困難　5）できなかった

22.（女性のみ）月経について

1 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

1）ある と答えた方は次の質問に続けてお答え下さい。2）ない と答えた方は **3** へお進み下さい。

2 お産をされましたか？
1）はい（　　人）　　2）いいえ

3 授乳しましたか？
1）はい（　　人）　　2）いいえ

4 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

5 1）はい と答えた方は、何ヶ月飲んだり注射をしましたか？
（　　）ヶ月くらい

6 最後の生理の時は何歳でしたか？
（　　）歳

7 閉経の理由を教えて下さい。
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（　　）