

● 10歳～20歳未満の頃

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● エアコン使用时、どの程度、かび臭かったですか。
1. 臭くない 2. やや臭い 3. とても臭い

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[32]へお進みください。

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● エアコン使用时、どの程度、かび臭かったですか。
1. 臭くない 2. やや臭い 3. とても臭い

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[32]へお進みください。

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● エアコン使用时、どの程度、かび臭かったですか。
1. 臭くない 2. やや臭い 3. とても臭い

[32] ご自宅では、空気清浄機を使用していましたか。

● 10歳未満の頃

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● 10歳～20歳未満の頃

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[33]へお進みください。

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[33]へお進みください。

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

[33] ご自宅では、浄水器を使用していましたか。

● 10歳未満の頃

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● 10歳～20歳未満の頃

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[34]へお進みください。

- 1. 使用していない
- 2. 使用していた

[37] 洗濯機についておたずねします。

● 10歳未満

洗濯機の機種はどれでしたか。 1. 一層式 2. 二層式 3. ドラム 4. その他

洗濯機は 1週間に何日くらい使っていましたか。 週に()日くらい

洗濯機のカビ取りは年に何回くらいしていましたか。

※しない場合は0(ゼロ)とご記入ください。 年に()回くらい

● 10歳～20歳未満の頃

洗濯機の機種はどれでしたか。 1. 一層式 2. 二層式 3. ドラム 4. その他

洗濯機は 1週間に何日くらい使っていましたか。 週に()日くらい

洗濯機のカビ取りは年に何回くらいしていましたか。

※しない場合は0(ゼロ)とご記入ください。 年に()回くらい

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[38]へお進みください。

洗濯機の機種はどれでしたか。 1. 一層式 2. 二層式 3. ドラム 4. その他

洗濯機は 1週間に何日くらい使っていましたか。 週に()日くらい

洗濯機のカビ取りは年に何回くらいしていましたか。

※しない場合は0(ゼロ)とご記入ください。 年に()回くらい

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[38]へお進みください。

洗濯機の機種はどれでしたか。 1. 一層式 2. 二層式 3. ドラム 4. その他

洗濯機は 1週間に何日くらい使っていましたか。 週に()日くらい

洗濯機のカビ取りは年に何回くらいしていましたか。

※しない場合は0(ゼロ)とご記入ください。 年に()回くらい

[38] 台所にカビが生えたことがありましたか。

● 10歳未満の頃

1. ない 2. 生えたことがあった

● 10歳～20歳未満の頃

1. ない 2. 生えたことがあった

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[39]へお進みください。

1. ない 2. 生えたことがあった

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[39]へお進みください。

1. ない
2. 生えたことがあった

[39] 部屋の床はどれですか。一番上にあるものでお答えください。

● 10歳未満の頃

居間

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

寝室

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

● 10歳～20歳未満の頃

居間

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

寝室

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

- 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[40]へお進みください。

居間

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

寝室

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

- 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[40]へお進みください。

居間

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

寝室

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. たたみ | 2. カーペット |
| 3. 木材（フローリングタイプ） | 4. クッションフロア |
| 5. ホットカーペット（毛足のあるもの） | 6. ホットカーペット（フローリングタイプ） |
| 7. その他（ | ） |

[40] 夏場の1ヶ月のあいだに、合計何回ぐらい自宅でゴキブリを見ましたか。

- 10歳未満の頃

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 毎日2回以上 | 2. 毎日1回 | 3. 週に4～6回 | 4. 週に2～3回 |
| 5. 週に1回 | 6. 月に2～3回 | 7. 月に1回 | 8. 見なかった |

- 10歳～20歳未満の頃

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 毎日2回以上 | 2. 毎日1回 | 3. 週に4～6回 | 4. 週に2～3回 |
| 5. 週に1回 | 6. 月に2～3回 | 7. 月に1回 | 8. 見なかった |

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[41]へお進みください。

1. 毎日2回以上
2. 毎日1回
3. 週に4～6回
4. 週に2～3回
5. 週に1回
6. 月に2～3回
7. 月に1回
8. 見なかった

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[41]へお進みください。

1. 毎日2回以上
2. 毎日1回
3. 週に4～6回
4. 週に2～3回
5. 週に1回
6. 月に2～3回
7. 月に1回
8. 見なかった

[41] あなたは井戸水を使用していましたか。

● 10歳未満の頃

1. 使用していない
2. 使用していた

● 何に使用していましたか。全て選んでください。
1. 飲用 2. お風呂 3. 洗濯 4. 掃除
5. その他 ()

● 10歳～20歳未満の頃

1. 使用していない
2. 使用していた

● 何に使用していましたか。全て選んでください。
1. 飲用 2. お風呂 3. 洗濯 4. 掃除
5. その他 ()

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[42]へお進みください。

1. 使用していない
2. 使用していた

● 何に使用していましたか。全て選んでください。
1. 飲用 2. お風呂 3. 洗濯 4. 掃除
5. その他 ()

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[42]へお進みください。

1. 使用していない
2. 使用していた

● 何に使用していましたか。全て選んでください。
1. 飲用 2. お風呂 3. 洗濯 4. 掃除
5. その他 ()

[42] あなたは、自宅でペットを飼っていましたか（魚類を除く）。

● 10歳未満の頃

1. いいえ

2. はい

● 飼っていたペットを全て選んでください。どこで飼っていましたか。

1. 小鳥	→	1. 室内	2. 屋外
2. 猫	→	1. 室内	2. 屋外
3. 犬	→	1. 室内	2. 屋外
4. ハムスター	→	1. 室内	2. 屋外
5. その他 ()	→	1. 室内	2. 屋外

● 10歳～20歳未満の頃

1. いいえ

2. はい

● 飼っていたペットを全て選んでください。どこで飼っていましたか。

1. 小鳥	→	1. 室内	2. 屋外
2. 猫	→	1. 室内	2. 屋外
3. 犬	→	1. 室内	2. 屋外
4. ハムスター	→	1. 室内	2. 屋外
5. その他 ()	→	1. 室内	2. 屋外

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[43]へお進みください。

1. いいえ

2. はい

● 飼っていたペットを全て選んでください。どこで飼っていましたか。

1. 小鳥	→	1. 室内	2. 屋外
2. 猫	→	1. 室内	2. 屋外
3. 犬	→	1. 室内	2. 屋外
4. ハムスター	→	1. 室内	2. 屋外
5. その他 ()	→	1. 室内	2. 屋外

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[43]へお進みください。

1. いいえ

2. はい

● 飼っていたペットを全て選んでください。どこで飼っていましたか。

1. 小鳥	→	1. 室内	2. 屋外
2. 猫	→	1. 室内	2. 屋外
3. 犬	→	1. 室内	2. 屋外
4. ハムスター	→	1. 室内	2. 屋外
5. その他 ()	→	1. 室内	2. 屋外

[43] 川や池で泳ぐことがありましたか。

● 10歳未満の頃

1. いいえ 2. はい

● 10歳～20歳未満の頃

1. いいえ 2. はい

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[44]へお進みください。

1. いいえ 2. はい

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[44]へお進みください。

1. いいえ 2. はい

[44] 海で泳ぐことがありましたか。

● 10歳未満の頃

1. いいえ 2. はい

● 10歳～20歳未満の頃

1. いいえ 2. はい

● 20歳～30歳未満の頃 → この年齢に達していない場合は[45]へお進みください。

1. いいえ 2. はい

● 30歳以降 → この年齢に達していない場合は[45]へお進みください。

1. いいえ 2. はい

[45] 過去の「身体の動かし方」についておたずねします。以下の時期の身体の動かし方について、1週間あたりの平均時間と、その期間について、それぞれの当てはまるところを○で囲んでください。

- 激しい運動やスポーツ（スイミング、エアロビクス、ランニング、ジョギング、バスケットボール等）

	1週間あたりの 平均運動時間									1年間あたりの 平均運動期間			
	していない	30分	1時間	1時間30分	2時間	3時間	4～6時間	7～10時間	11時間以上	1～3ヶ月	4～6ヶ月	7～9ヶ月	10～12ヶ月
10歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
10～20歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
20～30歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
30歳以降	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

この年齢に達していない場合は以下の質問にお進みください。

- 中程度の運動やスポーツ（早歩き、ゴルフ、バレーボール、サイクリング、ソフトボール等）

	1週間あたりの 平均運動時間									1年間あたりの 平均運動期間			
	していない	30分	1時間	1時間30分	2時間	3時間	4～6時間	7～10時間	11時間以上	1～3ヶ月	4～6ヶ月	7～9ヶ月	10～12ヶ月
10歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
10～20歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
20～30歳未満の頃	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
30歳以降	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

この年齢に達していない場合は [46] にお進みください

[46] 最近1年間の「身体の動かし方」についておたずねします。

- 最近1年間のうち、通常（通勤・通学・仕事・家事）の時期の1日の時間の内訳を教えてください。通勤・通学、仕事、家事などの時間をすべて含めてお答えください。余暇は含めません。当てはまるところに○をご記入ください。

時間の内訳 (通勤・仕事・家事などの時間)	なかった	1時間未満	1時間以上 3時間未満	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上 11時間未満	11時間以上
座っている時間	A	B	C	D	E	F	G	H
立っている時間	A	B	C	D	E	F	G	H
歩いている時間	A	B	C	D	E	F	G	H
力のいる作業をしている時間	A	B	C	D	E	F	G	H



- 5年前と比べて、これらの最近1年の運動量は、増えましたか、減りましたか。
 1. 半分以上減った
 2. 少し減った
 3. 変わらない
 4. 少し増えた
 5. 倍以上増えた

- 余暇での「身体の動かし方」についておたずねします。最近1年間、次のことを行う頻度と1回あたりの時間はどのくらいでしたか。頻度と時間のそれぞれのあてはまるところを○で囲んでください。

余暇での身体の動かし方	頻度						1回あたりの時間						
	行わない	月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	ほぼ毎日	行わない	30分未満	30～59分	1～2時間未満	2～3時間未満	3～4時間未満	4時間以上
散歩などでゆっくり歩く	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	G
ウォーキングなど早足で歩く	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	G
ゴルフ・ゲートボール・庭いじりなどの軽・中程度の運動	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	G
テニス・ジョギング・エアロビクス・水泳などの激しい運動	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	G



- 5年前と比べて、これらの最近1年の運動量は、増えましたか、減りましたか。
 1. 半分以上減った
 2. 少し減った
 3. 変わらない
 4. 少し増えた
 5. 倍以上増えた

[47] あなたの睡眠習慣についておたずねします。

● 平日と休日では、夜間の睡眠時間は同じですか。

1. はい →

● 就寝時間と起床時間をご記入ください。

※午前や午後の時間ではなく 24 時間でご記入ください。

※たとえば午後 11 時半は (23 : 30) とご記入ください。

だいたい (:) に寝て (:) に起きる

2. いいえ →

● 平日、休日のそれぞれの就寝時間と起床時間をご記入ください。

※午前や午後の時間ではなく 24 時間でご記入ください。

※たとえば午後 11 時半は (23 : 30) とご記入ください。

平日 だいたい (:) に寝て (:) に起きる

休日 だいたい (:) に寝て (:) に起きる

● だいたい毎日昼寝をしますか。

1. いいえ

2. はい →

● 昼寝の時間はどれくらいですか

平日 だいたい () 分くらい

休日 だいたい () 分くらい

[48] 最近5年間 (潰瘍性大腸炎の方は、潰瘍性大腸炎を発症する前の 5 年間)、人工甘味料を含むジュースやスポーツ飲料 (カロリーゼロやゼロカロリーのジュースやスポーツ飲料) を飲みましたか。

1. 全く/ほとんど飲まなかった 2. 1ヶ月に1回 3. 1ヶ月に2~3回

4. 1週間に1回 5. 1週間に2~3回 6. 1週間に4~6回

7. 1日に1回 8. 1日に2~3回 9. 1日に4回以上

※飲料に含まれる人工甘味料とは、サッカリン、アスパルテーム、スクラロース、アセスルファミカリウム (アセスルファミンK)、ネオテーム等のことです。

[49] 最近5年間 (潰瘍性大腸炎の方は、潰瘍性大腸炎を発症する前の 5 年間)、調理の際に人工甘味料を使うことがありましたか。

1. 全く/ほとんど使わなかった 2. 1ヶ月に1回 3. 1ヶ月に2~3回

4. 1週間に1回 5. 1週間に2~3回 6. 1週間に4~6回

7. 1日に1回 8. 1日に2~3回 9. 1日に4回以上

※料理に使う人工甘味料には、パルスイート®、スリムアップシュガー®、シュガーカット®等があります。

[50] あなたは、毎日、歯をみがきますか。

1. いいえ

2. はい →

● 1日に何回、歯をみがきますか。

だいたい1日に () 回くらい

[51] あなたは、今までに永久歯（親知らずを除く）を抜いたことがありますか。

1. いいえ

2. はい →

● 現在、親知らずを除いて、上下あわせて何本、自分自身の歯がありますか。

() 本

※親知らずを除いて永久歯は全部で28本です。

※インプラントは除きます。

● 抜いた理由は何ですか。全て選び本数をご記入ください。

1. むし歯 → () 本

2. 歯周病（歯槽膿漏） → () 本

3. その他（具体的に () → () 本

[52] この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。各々のことごとについて

- もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]
- 週のうち1～2日なら [B]
- 週のうち3～4日なら [C]
- 週のうち5日以上なら [D]

のところを○でかこんで下さい。

	この一週間のうちで			
	ない	1-2日	3-4日	5日以上
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3. 家族や友達からはげましをもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D
6. ゆうつだ。	A	B	C	D
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D
12. 生活について不満なく過ごせる。	A	B	C	D
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D
20. 仕事が手につかない。	A	B	C	D

[53] 現在、潰瘍性大腸炎の治療のための薬剤を除いて、医師から処方されて定期的に服用している薬はありますか。

1. いいえ

2. はい

● 服用している薬を全て選んでください。何歳から服用していますか。

1. 高血圧の薬 () () 歳から)

2. 糖尿病の薬 () () 歳から)

3. コレステロールを下げる薬 () () 歳から)

4. 便秘薬 () () 歳から)

5. 痛風の薬 () () 歳から)

6. 骨粗鬆症の薬 () () 歳から)

7. 脳卒中の薬 () () 歳から)

8. うつの薬 () () 歳から)

9. 血を固まりにくくする薬：抗凝固剤 () () 歳から)

10. ステロイド () () 歳から)

11. その他(薬の名前:) () 歳から)

12. その他(薬の名前:) () 歳から)

[54] あなたは現在、習慣的に、解熱鎮痛剤(バファリン、バイアスピリン、セデス、ロキソニン、ボルタレンなど)を服用していますか。

1. いいえ

2. はい

● 主な薬の名称をご記入ください。

() ()

() ()

() ()

[55] あなたは最近 5 年間(潰瘍性大腸炎の方は、潰瘍性大腸炎を発症する前の 5 年間)、習慣的に、整腸剤を服用していましたか。

1. いいえ

2. はい

● 主な薬の名称をご記入ください。

() ()

() ()

() ()

[56] あなたは、蟻(ぎょう)虫、サナダムシ、蠕(ぜん)虫等の、寄生虫がいると言われたことがありますか。

1. ない

2. ある

● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時

● 駆除しましたか。

1. いいえ

2. はい

[57] あなたは、医師から喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか。

- 1. ない
- 2. ある

- ● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時
- 治りましたか。
- 1. いいえ
 - 2. はい

[58] あなたは、医師からアトピー性皮膚炎と言われたことがありますか。

- 1. ない
- 2. ある

- ● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時
- 治りましたか。
- 1. いいえ
 - 2. はい

[59] あなたは、医師からアレルギー性鼻炎（花粉症も含む）と言われたことがありますか。

- 1. ない
- 2. ある

- ● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時
- 治りましたか。
- 1. いいえ
 - 2. はい

[60] あなたは、医師から食物アレルギーと言われたことがありますか。

- 1. ない
- 2. ある

- ● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時
- 今まで2回以上、食物アレルギーになりましたか。
- 1. いいえ
 - 2. はい
- ● 今まで何回、食物アレルギーになりましたか。
() 回
- 最後になったのはいつですか。
() 歳の時
- 今まで、どんな食べ物で起こりましたか。全て選んでください。
- 1. 卵
 - 2. 牛乳および乳製品
 - 3. 鶏肉
 - 4. 牛肉
 - 5. 豚肉
 - 6. 魚
 - 7. 魚卵
 - 8. 甲殻類
 - 9. 大豆製品（豆腐、納豆など）
 - 10. 小麦
 - 11. 米
 - 12. そば
 - 13. 落花生（ピーナッツ）
 - 14. その他 ()

[61] あなたは、医師から薬物アレルギーと言われたことがありますか。

1. ない
2. ある

	<ul style="list-style-type: none"> ● 初めて言われたのはいつですか。 () 歳の時 ● 今まで2回以上、薬物アレルギーになりましたか。 <ol style="list-style-type: none"> 1. いいえ 2. はい → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● 今まで何回、薬物アレルギーになりましたか。 () 回 ● 最後になったのはいつですか。 () 歳の時 </td> </tr> </table> 		<ul style="list-style-type: none"> ● 今まで何回、薬物アレルギーになりましたか。 () 回 ● 最後になったのはいつですか。 () 歳の時
	<ul style="list-style-type: none"> ● 今まで何回、薬物アレルギーになりましたか。 () 回 ● 最後になったのはいつですか。 () 歳の時 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● 今まで、どんな薬で起こりましたか。薬の名前を全てご記入ください。 () () () () () () 		

[62] あなたは、今までに医師から次の病気があると言われたことがありますか。あてはまるところを○で囲んでください。また、はじめて病気があると言われたのは何歳のときですか。

胃がん	ない・ある() 歳の時	高尿酸血症・痛風	ない・ある() 歳の時
大腸がん	ない・ある() 歳の時	慢性胃炎	ない・ある() 歳の時
肺がん	ない・ある() 歳の時	B型肝炎	ない・ある() 歳の時
肝がん	ない・ある() 歳の時	C型肝炎	ない・ある() 歳の時
膵がん	ない・ある() 歳の時	脂肪肝	ない・ある() 歳の時
乳がん	ない・ある() 歳の時	慢性肝炎・肝硬変	ない・ある() 歳の時
子宮がん	ない・ある() 歳の時	胃ポリープ	ない・ある() 歳の時
前立腺がん	ない・ある() 歳の時	大腸ポリープ	ない・ある() 歳の時
その他のがん (病名)	ない・ある() 歳の時	胃かいよう	ない・ある() 歳の時
心筋梗塞	ない・ある() 歳の時	十二指腸かいよう	ない・ある() 歳の時
狭心症	ない・ある() 歳の時	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	ない・ある() 歳の時
脳出血	ない・ある() 歳の時	慢性気管支炎	ない・ある() 歳の時
脳こうそく	ない・ある() 歳の時	急性肺炎	ない・ある() 歳の時
くも膜下出血	ない・ある() 歳の時	肺塞栓症	ない・ある() 歳の時
心不全	ない・ある() 歳の時	リウマチ熱・リウ マチ性心疾患	ない・ある() 歳の時
心房細動	ない・ある() 歳の時	甲状腺の病気	ない・ある() 歳の時
不整脈	ない・ある() 歳の時	胆石	ない・ある() 歳の時
心臓弁膜症	ない・ある() 歳の時	尿管結石・腎結石	ない・ある() 歳の時

その他の心臓の 病気 (病名)	ない・ある() 歳の時
腹部大動脈瘤	ない・ある() 歳の時
閉塞性動脈硬化症	ない・ある() 歳の時
深部静脈血栓症	ない・ある() 歳の時
貧血	ない・ある() 歳の時
高血圧	ない・ある() 歳の時
1型糖尿病	ない・ある() 歳の時
2型糖尿病	ない・ある() 歳の時
糖尿病性網膜症	ない・ある() 歳の時
糖尿病性腎症	ない・ある() 歳の時
糖尿病性神経障害	ない・ある() 歳の時
高コレステロール 血症・脂質異常症	ない・ある() 歳の時
全身性エリテマト ーデス (SLE)	ない・ある() 歳の時
睡眠時無呼吸症候 群(睡眠呼吸障害)	ない・ある() 歳の時

慢性腎不全(腎透 析を含む)	ない・ある() 歳の時
慢性腎炎	ない・ある() 歳の時
結核	ない・ある() 歳の時
関節リウマチ	ない・ある() 歳の時
白内障	ない・ある() 歳の時
緑内障	ない・ある() 歳の時
ぶどう膜炎	ない・ある() 歳の時
乾癬	ない・ある() 歳の時
天疱瘡	ない・ある() 歳の時
神経症	ない・ある() 歳の時
パーキンソン病	ない・ある() 歳の時
うつ病	ない・ある() 歳の時
前立腺肥大	ない・ある() 歳の時

[63] 子供の頃に医師から次の感染症の診断を受けましたか。あてはまるところを○で囲んでください。

また、初めて診断を受けたのはいつですか。

肺炎	ない・ある() 歳の時	溶連菌感染症	ない・ある() 歳の時
気管支炎	ない・ある() 歳の時	ヘルパンギーナ	ない・ある() 歳の時
麻疹(はしか)	ない・ある() 歳の時	手足口病	ない・ある() 歳の時
風疹(三日はしか)	ない・ある() 歳の時	突発性発疹	ない・ある() 歳の時
水痘(みずぼうそう)	ない・ある() 歳の時	伝染性紅斑(りんご病)	ない・ある() 歳の時
百日咳	ない・ある() 歳の時	咽頭結膜炎(プール熱)	ない・ある() 歳の時
結核	ない・ある() 歳の時	膀胱炎	ない・ある() 歳の時
中耳炎	ない・ある() 歳の時	その他 ()	ない・ある() 歳の時
扁桃腺炎	ない・ある() 歳の時	その他 ()	ない・ある() 歳の時
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	ない・ある() 歳の時	その他 ()	ない・ある() 歳の時

[64] あなたは、今までに虫垂炎（盲腸炎）になったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

- いつになりましたか。
()歳の時
- どのような治療をしましたか。
 1. 虫垂切除
 2. 抗生剤による薬物療法
 3. その他 ()

[65] あなたは、医師から憩室炎（けいしつえん）と言われたことがありますか。

1. いいえ
2. はい

- いつ言われましたか。
()歳の時
- 治りましたか。
 1. いいえ
 2. はい

[66] あなたは、扁桃腺切除術を受けましたか。

1. いいえ
2. はい

- いつですか。
()歳の時

[67] あなたは、今までに急性胃腸炎になったことがありますか。

1. いいえ
2. はい

● 10歳未満の時にになりましたか。

1. いいえ
2. はい

- 10歳未満の間に、何回くらいになりましたか。
()回くらい
- この急性胃腸炎のために抗生物質を投与されましたか。
 1. いいえ
 2. はい
- この急性胃腸炎のために学校（幼稚園、保育園、託児も含む）を休んだことがありますか。
 1. いいえ
 2. はい → ()回くらい休んだ
- この急性胃腸炎のために入院しましたか。
 1. いいえ
 2. はい

● 10歳～20歳未満の時にになりましたか。

1. いいえ
2. はい

- 10歳～20歳未満の間に、何回くらいになりましたか。
()回くらい
- この急性胃腸炎のために抗生物質を投与されましたか。
 1. いいえ
 2. はい
- この急性胃腸炎のために学校や仕事を休んだことがありますか。
 1. いいえ
 2. はい → ()回くらい休んだ
- この急性胃腸炎のために入院しましたか。
 1. いいえ
 2. はい

● 20歳～30歳未満の時にになりましたか。→ この年齢に達していない場合は[68]へお進みください。

1. いいえ

2. はい →

- 20歳～30歳未満の間に、何回くらいになりましたか。
() 回くらい
- この急性胃腸炎のために抗生物質を投与されましたか。
1. いいえ 2. はい
- この急性胃腸炎のために学校や仕事を休んだことがありますか。
1. いいえ 2. はい → () 回くらい休んだ
- この急性胃腸炎のために入院しましたか。
1. いいえ 2. はい

● 30歳以降になりましたか。→ この年齢に達していない場合は[68]へお進みください。

1. いいえ

2. はい →

- 30歳以降、何回くらいになりましたか。
() 回くらい
- この急性胃腸炎のために抗生物質を投与されましたか。
1. いいえ 2. はい
- この急性胃腸炎のために学校や仕事を休んだことがありますか。
1. いいえ 2. はい → () 回くらい休んだ
- この急性胃腸炎のために入院しましたか。
1. いいえ 2. はい

[68] あなたは、今までにヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがありますか。

1. いいえ

2. はい →

- 結果はいかがでしたか。
1. 陰性
2. 陽性 →
- ピロリ菌の除菌治療を受けましたか
1. いいえ
2. はい →
- 何歳の時ですか。
() 歳の時
- 除菌は成功しましたか。
1. いいえ
2. はい

[69] あなたは、今までに、痔核・痔瘻等、肛門部の病気になったことがありますか。

1. いいえ

2. はい →

- いつですか。
() 歳の時
- 治りましたか。
1. いいえ 2. はい

[70] あなたのご両親やご兄弟（姉妹）は、今までに次の病気と診断されたことがありますか。

- 実の父親が診断を受けた場合は〔A〕
- 実の母親が診断を受けた場合は〔B〕
- 兄弟の少なくともお一人が診断を受けた場合は〔C〕
- 姉妹の少なくともお一人が診断を受けた場合は〔D〕
- 配偶者が診断を受けた場合は〔E〕
- お子さんの少なくともお一人が診断を受けた場合は〔F〕
- 両親、兄弟姉妹、お子さんのだれも診断を受けていない場合は〔G〕

のところに○でかこんで下さい。

病名	実父	実母	兄弟	姉妹	配偶者	子	いない
高血圧	A	B	C	D	E	F	G
脳卒中	A	B	C	D	E	F	G
狭心症・心筋梗塞	A	B	C	D	E	F	G
閉塞性動脈硬化症	A	B	C	D	E	F	G
1型糖尿病	A	B	C	D	E	F	G
2型糖尿病	A	B	C	D	E	F	G
高尿酸血症・痛風	A	B	C	D	E	F	G
高コレステロール血症・脂質異常症	A	B	C	D	E	F	G
慢性腎不全	A	B	C	D	E	F	G
慢性肝炎・肝硬変	A	B	C	D	E	F	G
胃・十二指腸潰瘍	A	B	C	D	E	F	G
認知症・アルツハイマー病	A	B	C	D	E	F	G
うつ病	A	B	C	D	E	F	G
胃がん	A	B	C	D	E	F	G
大腸がん	A	B	C	D	E	F	G
肺がん	A	B	C	D	E	F	G
肝がん	A	B	C	D	E	F	G
膵がん	A	B	C	D	E	F	G
乳がん	A	B	C	D	E	F	G
子宮がん	A	B	C	D	E	F	G
前立腺がん	A	B	C	D	E	F	G
その他のがん (病名)	A	B	C	D	E	F	G
突然死	A	B	C	D	E	F	G
大腿骨頭骨折	A	B	C	D	E	F	G
腰椎骨折	A	B	C	D	E	F	G
潰瘍性大腸炎	A	B	C	D	E	F	G