

1型糖尿病患者（現在、20歳以上）における 日常生活・社会生活についての調査（2017年）

調査へのご協力をお願いいたします

この調査は、1型糖尿病患者の生活実態を正確に把握し、今後の施策・政策を考えていくための基礎資料を得ることを目的として、厚生労働科学研究 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業「1型糖尿病の実態調査、客観的診断基準、日常生活・社会生活に着目した重症度評価の作成に関する研究」（研究代表者：田嶋尚子 東京慈恵会医科大学 名誉教授）の一環として実施されます。**本調査は、完全に匿名で行います。**何卒、本調査の意義、重要性を御理解いただき、御協力くださいますようお願いいたします。

あなた御自身について教えてください。

に数字あるいは文字を記入するか、該当するところに を付けて下さい。

<p>① 出生年月日</p>	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
<p>② 性別</p>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<p>③ お住まいの都道府県</p>	_____ 都・道・府・県
<p>④ 糖尿病の発症年齢</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳 ・右づめで記入して下さい
<p>⑤ 現在の身長体重</p>	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg ・右づめで記入して下さい
<p>⑥ 現在の担当医</p>	<input type="checkbox"/> 小児科医 <input type="checkbox"/> 内科医 <input type="checkbox"/> その他
<p>⑦ 教育</p> <p style="font-size: small;">現在、学校に在学しているかどうかお答え下さい。「在学中」の方はその学校について、「卒業」の方は最終卒業学校（中途退学した方はその前の学校）についてお答え下さい。</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 卒業 </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 中学校</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 高校</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 専門学校</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 短大</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 大学</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 大学院</div> </div> </div>
<p>⑧ 現在の仕事の状況</p> <p style="font-size: small;">収入を伴う仕事を少しでもした方は「仕事あり」。まったく仕事をしなかった方は「仕事なし」の中からお答え下さい。無給で自営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とします。PTA役員やボランティアなど無報酬の活動は「仕事なし」とします。なお、家事には、育児、介護などを含めます。</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 2px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">仕事あり</div> <input type="checkbox"/> 主に仕事をしている <input type="checkbox"/> 主に家事で仕事あり <input type="checkbox"/> 主に通学で仕事あり <input type="checkbox"/> その他 </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 2px solid red; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">仕事なし</div> <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> その他 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; color: red;">→ 質問9へ</div> <div style="text-align: center; color: red;">→ 質問11へ</div> </div>

公的補助について教えてください。

<p>②4 生涯に渡る公的補助が必要ですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → 補問 24-1へ</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 分からない } → 質問25へ</p>
<p>補問 24-1 必要な公的補助はどのようなものですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 就職するまで(保険本人になるまで)小児慢性特定疾患の延長</p> <p><input type="checkbox"/> 一生にわたる補助(難病指定など)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>

公的補助等について教えてください。

<p>②5 障害年金をもらっていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請したが受理されなかった <input type="checkbox"/> 申請したことがない</p>
<p>②6 生命保険を契約していますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申し込んだが断られた <input type="checkbox"/> 申し込んだことがない</p>
<p>②7 住宅ローンを契約していますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申し込んだが断られた <input type="checkbox"/> 申し込んだことがない</p>
<p>②8 自動車の免許を取得していますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → 補問 28-1へ</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>補問 28-1 自動車の免許を更新できましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ → 補問 28-2へ</p>
<p>補問 28-2 その理由は？</p>	<p><input type="checkbox"/> 視力障害のため <input type="checkbox"/> まだ更新の時期が来ていない</p> <p><input type="checkbox"/> 低血糖のため <input type="checkbox"/> その他 _____</p>

結婚について教えてください。

<p>②9 1型糖尿病のために結婚が制限されたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>③0 あなたは結婚されていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 結婚している(事実婚を含む) <input type="checkbox"/> 結婚したが離婚した</p> <p><input type="checkbox"/> 結婚したことはない <input type="checkbox"/> 結婚したが死別した</p>
<p>③1 お子さんはいますか？ はいの方はお子さんの人数をお教え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → <input type="text"/> 人</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>

現在の糖尿病の状態について教えてください。

<p>32 一番最近のHbA1c 値 (NGSP値)をお教え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> 6.0%未満 <input type="checkbox"/> 7.0-7.4% <input type="checkbox"/> 8.5-8.9% <input type="checkbox"/> 6.0-6.4% <input type="checkbox"/> 7.5-7.9% <input type="checkbox"/> 9.0%以上 <input type="checkbox"/> 6.5-6.9% <input type="checkbox"/> 8.0-8.4% <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>33 現在の一日注射回数をお教え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 5回以上 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> ポンプ療法 (CSII)</p>
<p>34 前日に注射したインスリンの単位数を合計して記入して下さい。</p>	<p>_____ 単位</p>

低血糖とケトアシドーシスについて教えてください。

<p>35 意識が低下したり倒れたり、誰かに助けられたような低血糖の経験がありますか？ はいの方は一番最近のエピソードはいつかお教え下さい</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3年よりも前 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>36 低血糖で怪我や事故をおこしたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>37 糖尿病ケトアシドーシスで入院したことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>

合併症について教えてください。

<p>38 光凝固療法（レーザー治療）を受けたことがありますか？ はいの方は最初の治療を受けた時期をお教え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → 最初の治療は西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>39 失明していますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>40 白内障手術を受けたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>41 尿に蛋白が出ていますか？ 微量アルブミン尿陽性は通常の尿検査では蛋白陰性ですが、詳しい検査で分かる腎症の初期の異常です。</p>	<p><input type="checkbox"/> いつも出ている <input type="checkbox"/> とときどき <input type="checkbox"/> 微量アルブミン尿のみ陽性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない</p>

<p>④2 人工血液透析(あるいは腹膜透析)を受けていますか?</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → 最初の治療は西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>④3 糖尿病神経障害と言われたことがありますか?</p> <p>はいの方は当てはまる症状に✓をつけて下さい。(複数可)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 足の感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 壊疽(えそ)</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧の変動 <input type="checkbox"/> 分からない</p> <p><input type="checkbox"/> 胃腸障害</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>④4 大血管障害(動脈硬化による病気)がありますか?</p> <p>はいの方は当てはまる症状に✓をつけて下さい。(複数可)</p> <p>その他は自由記載して下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞あるいは脳出血)</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 下肢切断</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>④5 高血圧はありますか?</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>④6 歯周病はありますか?</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>
<p>④7 骨折したことはありますか?</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない</p>

<p>④8 糖尿病があることによって、有意義な人生を送れないと感じていますか?</p>	<p><input type="checkbox"/> 全くそのようなことはない <input type="checkbox"/> 分からない</p> <p><input type="checkbox"/> 少しはそうだ</p> <p><input type="checkbox"/> 全くそうだ</p>
---	---

最後の質問です。

<p>④9 昨年1年間のあなた自身の収入の合計は、どれくらいでしたか?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 万円 • 右づめで記入して下さい</p> <p>(税金や社会保険料などを引く前の金額で、お答えください。万円未満は四捨五入して、万円単位で右づめに記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 答えたくない</p>
<p>⑤0 昨年1年間のあなた自身と同居している家族(配偶者含む)の収入(世帯収入)の合計は、およそどれくらいでしたか?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 万円 • 右づめで記入して下さい</p> <p>(税金や社会保険料などを引く前の金額で、お答えください。万円未満は四捨五入して、万円単位で右づめに記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 答えたくない</p>

質問は以上です。

ご協力ありがとうございました。

貴方の回答を1型糖尿病患者の今後の治療・施策に役立てたいと考えています。