

資料 1 年齢別・健康と生活についての質問紙

8歳－10歳

健康と生活についての質問紙

番号 _____

私たちは「極低出生体重児の健康と生活に関する調査」を実施しています。以下の、極低出生体重（出生体重1500g未満）で生まれたお子さん（以下、**お子さん**と呼びます）の健康状態や生活に関する質問調査へのご協力をお願い申し上げます。

できるだけ母親または父親のどちらかが回答してください。難しい場合は他のご家族の方がお答えください。

それぞれの質問について、当てはまるものに印(☑)をつけてください。記入欄には記入をお願いします。

- ・説明文書にかかれた内容をよみ、同意していただけますか はい いいえ
- ・回答者はどなたですか 母 父 他の家族(記入_____)
- ・回答時の**お子さん**の年齢と性別を記入してください _____歳 男 女
- ・**お子さん**の出生時の体重、在胎週数を記入してください 出生体重_____g 在胎_____週_____日

1. 現在のお子さんの健康状態についておたずねします

- ・最近はかった体重、身長と測定日を記入してください 体重_____Kg 身長_____cm 測定日_____
- ・成長ホルモン治療をうけていますか/うけていましたか なし 現在治療中 以前に治療あり
- ・最近測った血圧がわかれば記入してください _____/_____mmHg 測定日_____
- ・定期的に受診している診療科はありますか なし あり
- ありの場合、何科ですか 小児科 内科 眼科 耳鼻科
- 整形外科 その他(記入_____)
- ・すべての科をあわせて受診の回数はどれ位ですか 週1回 月1～2回 3か月に1回 半年に1回
- ・定期的に飲んでいる薬はありますか なし あり
- ・定期的に通っている療育施設、デイサービスはありますか なし あり
- ありの場合、施設名を記入してください 記入_____
- ・男子の場合、声変わりはしましたか なし あり
- ・女子の場合、月経(生理)はありますか なし あり
- ・学校の健診、健診後の検査で何か異常がありましたか なし あり
- ありの場合、内容を教えてください 心電図 血液検査 尿蛋白 尿潜血 尿糖
- 視力 右() 左() A～D判定記入 聴力
- 低身長 やせ 肥満
- その他(記入_____)
- ・医療・福祉の手帳や受給券などをもっていますか なし あり
- ありの場合、どれですか 身体障害者手帳(等級: 級) 療育手帳(等級:)
- 精神障害者保護福祉手帳(等級: 級) 自律支援医療(育成・更生・精神)
- 小児慢性特定疾患 指定難病 心身障害者医療費助成

2. お子さんの就学状況についておたずねします

- ・学校名を教えてください 学校名_____
- ・学校(学級)の種類を教えてください 通常学級 特別支援級 特別支援学校
- ・学校で利用している支援を教えてください 通級指導教室 適応指導教室
- その他()
- ・学校へは楽しそうに通っていますか はい いいえ
- ・学校で困っていることはありますか はい いいえ
- ありの場合、内容を教えてください 記入_____
- ・得意な科目、苦手な科目を記入してください 得意_____ 苦手_____
- ・苦手な科目は支援をうけていますか はい いいえ

3. 生活の様子やご家族についてをおたずねします

- ・同居している家族、すべてにチェックしてください 父 母 兄 弟 姉 妹
- 祖父 祖母 その他
- ・お子さんの母親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
- 大学院修了
- ・お子さんの父親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
- 大学院修了

・あなたの家庭の世帯所得額を教えてください	□200万以下、□200～400万、□400～600万、□600～800万、□800～1000万、 □1000～1500万、□1500～2000万、□2000万以上			
・自立している(一人でできる)生活習慣、すべてに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 起床	<input type="checkbox"/> 就寝	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 洗面・入浴
・仲のよい友達はいですか	<input type="checkbox"/> 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 自宅での勉強	
・これまでにいじめにあったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
・現在のお子さんの性格をどのように感じていますか すべてにチェックしてください	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
・現在の親子関係はうまくいっていますか	<input type="checkbox"/> 活動的	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 内向的
・放課後にスポーツクラブなどの活動を行っていますか	<input type="checkbox"/> 親切	<input type="checkbox"/> 心配性	<input type="checkbox"/> 協調的	
はいの場合、内容をおしえてください	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	<u>記入</u>			

4. 現在の病気や障がいの有無についておたずねします。ありの場合、病名や飲んでいる薬があれば名前を教えてください

・喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・気管支・肺の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・腎臓の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・心臓の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・高コレステロール血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・アレルギー疾患(喘息以外)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・白血病・癌などの腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	
・治療の必要なむし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・視力障害・目の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	
・メガネの使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・聴覚障害・補聴器の使用・耳の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・運動機能の障害(走ったり歩くのに支障がある)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・脳性麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・注意欠如・多動症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期: 歳頃)	
・自閉スペクトラム症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期: 歳頃)	
・限局性学習症(学習障害)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期: 歳頃)	
・知的障がい(知能の障がい)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期: 歳頃)	
・てんかん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・精神疾患(抑うつ、不安症、その他)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)

5. 現在、お子さんの健康や生活で困っていることがありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入

6. あなたのお子さんの得意なこと、特徴をおしえてください

記入

7. お子さんの将来の健康について心配なことはありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入

私たちは「極低出生体重児の健康と生活に関する調査」を実施しています。以下の、極低出生体重(出生体重1500g未満)で生まれたお子さんの健康状態や生活に関する質問調査へのご協力をお願い申し上げます。

できるだけ母親または父親のどちらかが回答してください。難しい場合は他のご家族の方がお答えください。

それぞれの質問について、当てはまるものに印(☑)をつけてください。記入欄には記入をお願いします。

- ・説明文書にかかれた内容をよみ、同意していただけますか はい いいえ
- ・回答者はどなたですか 母 父 他の家族(記入_____)
- ・回答時のお子さんの年齢と性別を記入してください _____歳 男 女
- ・お子さんの出生時の体重、在胎週数を記入してください 出生体重_____g 在胎_____週_____日

1. 現在のお子さんの健康状態についておたずねします

- ・最近はかった体重、身長と測定日を記入してください 体重_____Kg 身長_____cm 測定日_____
- ・成長ホルモン治療をうけていますか/うけていましたか なし 現在治療中 以前に治療あり
- ・最近はかった血圧を記入してください _____/_____mmHg
- ・定期的に受診している診療科はありますか なし あり
- ありの場合、何科ですか 小児科 内科 眼科 耳鼻科
- 整形外科 その他(記入_____)
- すべての科をあわせて受診の回数はどれ位ですか 週1回 月1~2回 3か月に1回 半年に1回
- ・定期的に飲んでいる薬はありますか なし あり
- ・定期的に通っている療育施設、デイサービスはありますか なし あり
- ありの場合、施設名を記入してください 記入_____
- ・男子の場合、声変わりをはじめましたか なし あり
- ・女子の場合、月経(生理)はありますか なし あり
- ・学校の健診、健診後の検査で何か異常がありましたか なし あり
- ありの場合、内容を教えてください 心電図 血液検査 尿蛋白 尿潜血 尿糖
- 視力 右() 左() A~D判定記入 聴力
- 低身長 やせ 肥満
- その他(記入_____)
- ・医療・福祉の手帳や受給券などを持っていますか なし あり
- ありの場合、どれですか 身体障害者手帳(等級: 級) 療育手帳(等級:)
- 精神障害者保護福祉手帳(等級: 級) 自律支援医療(育成・更生・精神)
- 小児慢性特定疾患 指定難病 心身障害者医療費助成

2. お子さんの就学状況についておたずねします

- ・学校名を教えてください 学校名_____
- 学校(学級)の種類を教えてください 通常学級 特別支援級 特別支援学校
- ・学校で利用している支援を教えてください 通級指導教室 適応指導教室 その他()
- ・学校へは楽しそうに通っていますか はい いいえ
- ・学校で困っていることはありますか はい いいえ
- ありの場合、内容を教えてください 記入_____
- ・得意な科目、苦手な科目を記入してください 得意_____ 苦手_____
- ・苦手な科目は支援をうけていますか はい いいえ

3. 生活の様子やご家族についておたずねします

- ・同居している家族、すべてにチェックしてください 父 母 兄 弟 姉 妹
- 祖父 祖母 その他
- ・お子さんの母親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
- 大学院修了
- ・お子さんの父親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
- 大学院修了

・あなたの家庭の世帯所得額を教えてください	□200万以下、□200～400万、□400～600万、□600～800万、□800～1000万、 □1000～1500万、□1500～2000万、□2000万以上			
・自立している(一人でできる)生活習慣、すべてに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 起床	<input type="checkbox"/> 就寝	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 洗面・入浴
・仲のよい友達はいですか	<input type="checkbox"/> 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 自宅での勉強	
・これまでにいじめにあったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
・現在のお子さんの性格をどのように感じていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
・現在のお子さんの性格をどのように感じていますか すべてにチェックしてください	<input type="checkbox"/> 活動的	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 内向的
・現在の親子関係はうまくいっていますか	<input type="checkbox"/> 親切	<input type="checkbox"/> 心配性	<input type="checkbox"/> 協調的	
・放課後にスポーツクラブなどの活動を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
はいの場合、内容をおしえてください	<u>記入</u>			

4. 現在の病気や障がいの有無についておたずねします。ありの場合、病名や飲んでいる薬があれば名前を教えてください

・喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・気管支・肺の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・腎臓の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・心臓の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・高コレステロール血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・アレルギー疾患(喘息以外)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・白血病・腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・治療の必要なむし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
・視力障害・目の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・メガネの使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
・聴覚障害・補聴器の使用・耳の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・運動機能の障害(走ったり歩くのに支障がある)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
・脳性麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
・注意欠如・多動症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
・自閉スペクトラム症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
・限局性学習症(学習障害)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
・知的障がい(知能の障がい)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
・てんかん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・精神疾患(抑うつ、不安症、その他)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
・その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)

5. 現在、お子さんの健康や生活で困っていることがありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入

6. あなたのお子さんの得意なこと、特徴をおしえてください

記入

7. お子さんの将来の健康について心配なことはありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入

私たちは「極低出生体重児の健康と生活に関する調査」を実施しています。以下の、極低出生体重(出生体重1500g未満)で生まれた方の健康状態や生活に関する質問調査へのご協力をお願い申し上げます。

できるだけ本人がお答えください。ご本人が回答できない場合や回答できない質問にはご家族の方がお答えください。

それぞれの質問について、当てはまるものに印(☑)をつけてください。記入欄には記入をお願いします。

- ・説明文書にかかれた内容をよみ、参加に同意していただけますか はい いいえ
- ・回答者はどなたですか 本人 母 父 他の家族
(記入_____)
- ・回答時の本人(お子さん)の年齢と性別を記入してください _____歳 男 女
- ・本人(お子さん)の出生時の体重、在胎週数を記入してください 出生体重_____g 在胎____週____日

1. 現在の健康状態についておたずねします

- ・最近はかった体重、身長と測定日を記入して下さい 体重_____Kg 身長_____cm 測定日_____
- ・成長ホルモン治療をうけていますか/うけていましたか なし 現在治療中 以前に治療あり
- ・最近はかった血圧を記入してください _____/_____mmHg
- ・定期的に受診している診療科はありますか なし あり
- ありの場合、何科ですか 小児科 内科 眼科 耳鼻科
整形外科 その他(記入_____)
- すべての科をあわせて受診の回数はどれ位ですか 週1回 月1~2回 3か月に1回 半年に1回
- ・定期的に飲んでいる薬はありますか なし あり
- ・定期的に通っている療育施設、デイサービスはありますか なし あり
- ありの場合、施設名を記入してください 記入_____
- ・学校の健診、健診後の検査で何か異常がありましたか なし あり
- ありの場合、内容を教えてください 心電図 血液検査 尿蛋白 尿管血 尿糖
視力 右() 左() A~D判定記入 聴力
低身長 やせ 肥満 血圧(不要?)
その他(記入_____)
- ・医療・福祉の手帳や受給券などをもっていますか なし あり
- ありの場合、どれですか 身体障害者手帳(等級: 級) 療育手帳(等級:)
精神障害者保護福祉手帳(等級: 級) 自律支援医療(育成・更生・精神)
小児慢性特定疾患 指定難病 心身障害者医療費助成

2. 就学または就労状況についておたずねします

- ・現在、学校に通学していますか はい いいえ
- はいの場合、学校名等を教えてください 学校名_____
- 学校の種類を教えてください 高等学校 専修学校・各種学校等 特別支援学校
その他
- 通学制度を教えてください 全日制 定時制 通信制 その他
- ・学校または職場へは楽しく通っていますか はい いいえ
- ・学校で得意な科目、苦手な科目を記入してください 得意_____ 苦手_____
- ・学校で苦手な科目は支援をうけていますか はい いいえ
- ・今後、進学予定がありますか はい いいえ
- ・今後、就職予定がありますか はい いいえ
- ・就労支援はうけていますか はい いいえ
- はいの場合、受けている支援はどれですか 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型
- ・現在、仕事についていますか はい いいえ
- はいの場合、勤務形態を教えてください 正社員 非常勤/アルバイト その他
- はいの場合、障害者雇用枠を利用されていますか はい いいえ
- はいの場合、仕事の内容を教えてください 記入_____

3. 生活と家族の様子についてをおたずねします

- ・同居している家族、すべてにチェックしてください

<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄	<input type="checkbox"/> 弟	<input type="checkbox"/> 姉	<input type="checkbox"/> 妹
<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> いない		
- ・母親の最終卒業学校を教えてください

<input type="checkbox"/> 中学校卒業	<input type="checkbox"/> 高校卒業	<input type="checkbox"/> 専門学校卒業	<input type="checkbox"/> 短大・高専卒業	<input type="checkbox"/> 大学卒業	<input type="checkbox"/> 大学院修了
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
- ・父親の最終卒業学校を教えてください

<input type="checkbox"/> 中学校卒業	<input type="checkbox"/> 高校卒業	<input type="checkbox"/> 専門学校卒業	<input type="checkbox"/> 短大・高専卒業	<input type="checkbox"/> 大学卒業	<input type="checkbox"/> 大学院修了
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
- ・あなたの家庭の世帯所得額を教えてください

<input type="checkbox"/> 200万以下、	<input type="checkbox"/> 200～400万、	<input type="checkbox"/> 400～600万、	<input type="checkbox"/> 600～800万、	<input type="checkbox"/> 800～1000万、	<input type="checkbox"/> 1000～1500万、	<input type="checkbox"/> 1500～2000万、	<input type="checkbox"/> 2000万以上
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------
- ・自立している(一人でできる)生活習慣、すべてにチェックしてください

<input type="checkbox"/> 起床	<input type="checkbox"/> 就寝	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 洗面・入浴
<input type="checkbox"/> 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 食事		
- ・仲のよい友達はいますか

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------
- ・これまでにいじめにあったことがありますか

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------
- ・自分(お子さん)の性格をどのように感じていますか

<input type="checkbox"/> 活動的	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 内向的
<input type="checkbox"/> 親切	<input type="checkbox"/> 心配性	<input type="checkbox"/> 協調的	
- ・現在の親子関係はうまくいっていますか

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------
- ・運動を定期的に行っていますか

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------
- ・趣味、スポーツやボランティアなど何か活動をしていますか

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

記入

4. 現在の病気や障がいの有無についてをおたずねします。ありの場合、病名や飲んでる薬があれば名前を教えてください

- ・喘息

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・気管支・肺の病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・腎臓の病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・心臓の病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・高血圧

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・高コレステロール血症

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・アレルギー疾患(喘息以外)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・白血病・腫瘍

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・糖尿病

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・治療の必要なむし歯

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------	----------
- ・視力障害・目の病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・メガネの使用

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------	----------
- ・聴覚障害・補聴器の使用・耳の病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・運動機能の障害(走ったり歩くのに支障がある)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------	----------
- ・脳性麻痺

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------	----------
- ・注意欠如・多動症

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
-----------------------------	-------------------------------------	----
- ・自閉スペクトラム症

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
-----------------------------	-------------------------------------	----
- ・限局性学習症(学習障害)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
-----------------------------	-------------------------------------	----
- ・知的障がい(知能の障がい)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(診断時期:)	歳頃
-----------------------------	-------------------------------------	----
- ・てんかん

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・精神疾患(抑うつ、不安症、その他)

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------
- ・その他

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(病名:)	(使用薬名:)
-----------------------------	-----------------------------------	----------

5. 現在、健康や生活で困っていることがありますか

- なし あり

ありの場合、内容を教えてください

記入

6. あなた(あるいはあなたのお子さん)の得意なこと、特徴をおしえてください

記入

7. 将来の健康について心配なことはありますか

- なし あり

ありの場合、内容を教えてください

記入

私たちは「極低出生体重児の健康と生活に関する調査」を実施しています。以下の、極低出生体重(出生体重1500g未満)で生まれた方の健康状態や生活に関する質問調査へのご協力をお願い申し上げます。

できるだけご本人がお答えください。ご本人が回答できない場合や回答できない質問にはご家族の方がお答えください。

それぞれの質問について、当てはまるものに印(☑)をつけてください。記入欄には記入をお願いします。

説明文書にかかれた内容をよみ、参加に同意していただけますか はい いいえ
 回答者はどなたですか 本人 母 父 他の家族(記入_____)
 回答時の本人(お子さん)の年齢と性別を記入してください _____歳 男 女
 本人(お子さん)の出生時の体重、在胎週数を記入してください 出生体重_____g 在胎____週____日

1. 現在の健康状態についておたずねします

最近はかった体重、身長と測定日を記入してください 体重_____Kg 身長_____cm 測定日_____
 成長ホルモン治療をうけていますか/うけていましたか なし 以前に治療あり
 最近はかった血圧を記入してください _____/_____mmHg
 定期的に受診している診療科はありますか なし あり
 ありの場合、何科ですか 小児科 内科 眼科 耳鼻科
 整形外科 その他(記入_____)
 すべての科をあわせて受診の回数はどれ位ですか 週1回 月1~2回 3か月に1回 半年に1回
 定期的に飲んでいる薬はありますか なし あり
 定期的についている支援施設はありますか なし あり
 ありの場合、施設名を記入してください 記入_____
 学校や職場の健診、健診後検査で何か異常がありましたか なし あり
 ありの場合、内容を教えてください 心電図 血液検査 尿蛋白 尿潜血 尿糖
 視力 右() 左() A~D判定記入 聴力
 低身長 やせ 肥満
 その他(記入_____)
 医療・福祉の手帳や受給券などをもっていますか なし あり
 ありの場合、どれですか 身体障害者手帳(等級: 級) 療育手帳(等級:)
 精神障害者保護福祉手帳(等級: 級) 自律支援医療(育成・更生・精神)
 小児慢性特定疾患 指定難病 心身障害者医療費助成
 障害年金

2. 就学または就労状況、課外活動についておたずねします

現在、学校に通学していますか はい いいえ
 はいの場合、学校名等を教えてください 学校名_____
 学校の種類を教えてください 専修学校・各種学校等 大学 大学院 その他
 今後、進学の見込みがありますか はい いいえ
 今後、就職の見込みがありますか はい いいえ
 就労支援はうけていますか はい いいえ
 はいの場合、受けている支援はどれですか 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型
 現在、仕事についていますか はい いいえ
 はいの場合、勤務形態を教えてください 常勤/正社員 非常勤/アルバイト その他
 はいの場合、障害者雇用枠を利用していますか? はい いいえ
 はいの場合、仕事の内容を教えてください 記入_____
 趣味、スポーツやボランティアなど何か活動をしていますか はい いいえ
 はいの場合、内容をすべて教えてください 記入_____

3. 生活と家族の様子についておたずねします

同居している家族、すべてにチェックしてください 父 母 兄 弟 姉 妹
 祖父 祖母 その他 いない

- ・母親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
 大学院修了
- ・父親の最終卒業学校を教えてください 中学校卒業 高校卒業 専門学校卒業 短大・高専卒業 大学卒業
 大学院修了
- ・あなたの家庭の世帯所得額を教えてください 200万以下、 200～400万、 400～600万、 600～800万、 800～1000万、
 1000～1500万、 1500～2000万、 2000万以上
- ・あなた(あるいはあなたのお子さん)は結婚していますか いいえ はい
- ・あなた(あるいはあなたのお子さん)にお子さんはいますか いいえ はい
- ・仲のよい友達はいますか はい いいえ
- ・これまでにいじめにあったことがありますか いいえ はい
- ・自分(お子さん)の性格をどのように感じていますか 活動的 社交的 神経質 内向的
 すべてにチェックしてください 親切 心配性 協調的
- ・現在の親子関係はうまくいっていますか はい いいえ
- ・運転免許証をもっていますか いいえ はい
- ・たばこを吸いますか いいえ はい
- ・お酒を週に3日以上のみますか いいえ はい
- ・運動を定期的に行っていますか はい いいえ

4. 現在の病気や障がいの有無についておたずねします。ありの場合、病名や飲んでる薬があれば名前を教えてください

- ・喘息 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・気管支・肺の病気 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・腎臓の病気 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・心臓の病気 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・高血圧 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・高コレステロール血症 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・アレルギー疾患(喘息以外) なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・白血病・腫瘍 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・糖尿病 なし あり(病名:)
- ・治療の必要なむし歯 なし あり
- ・視力障害・目の病気 なし あり(病名:)
- ・メガネの使用 なし あり
- ・聴覚障害・補聴器の使用・耳の病気 なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・運動機能の障害(走ったり歩くのに支障がある) なし あり
- ・脳性麻痺 なし あり
- ・注意欠如・多動症 なし あり(診断時期: 歳頃)
- ・自閉スペクトラム症 なし あり(診断時期: 歳頃)
- ・限局性学習症(学習障害) なし あり(診断時期: 歳頃)
- ・知的障がい(知能の障がい) なし あり(診断時期: 歳頃)
- ・てんかん なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・精神疾患(抑うつ、不安症、その他) なし あり(病名:) (使用薬名:)
- ・その他 なし あり(病名:) (使用薬名:)

5. 現在、健康や生活で困っていることがありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入

6. あなた(あるいはあなたのお子さん)の得意なこと、特徴をおしえてください

記入

7. 将来の健康について心配なことはありますか なし あり

ありの場合、内容を教えてください 記入