

資料（調査用紙）

資料 2

世帯 NO	
個人 NO	
氏 名	

* 住民健診の際、問診表と一緒にご持参ください。



平成 15 年度大東町健康調査票

大東町保健福祉課
東京女子医科大学看護学部

健康調査への協力をお願い

皆様におかれましてはいかががお過ごしでしょうか。大東町保健福祉センターでは、東京女子医科大学看護学部と協力し、皆様の健康状態や健康習慣の現状と変化を知るため、平成 11 年度から基本健康診査の際に健康調査を実施しております。本調査は以下の点に配慮し、実施しております。

- ① 健康診断の結果と併せて検討するため、用紙にお名前をご記入していただくようになっております。データの取り扱いには細心の注意を払い、皆様のプライバシーが外にもれたり、結果の公表に際して、個人が特定されるようなことは一切ありません。
- ② 本調査の目的以外にデータを用いることはありません。
- ③ なお、調査に協力されたくない方は、白紙のまま、この調査用紙を基本健康診査の際にご持参ください。

結果については、町の広報を通じて毎年、公表させていただいております。保健センター、吉岡彌生記念館に報告書が保管してあります。来所の折に、ぜひご一読ください。

ご多忙の所、真に恐縮ではございますが、健康調査の趣旨をご理解頂き、ご協力よろしくお願い申し上げます。

地区	氏名	性別 男・女	年齢 歳
----	----	-----------	---------

1. ご家族について、お伺いします。

一緒に住んでいるご家族はどなたですか。あてはまる全ての数字に○印をつけてください。また、ご本人を含めた同居家族の人数を()内に、ご記入ください。

1. 祖父母	2. 父母	3. 配偶者	4. 息子	5. 娘
6. 子供の配偶者	7. 孫・ひ孫	8. 孫・ひ孫の家族		
9. その他 ()				
同居家族の人数 計 () 人				

資料 2

5) もの忘れする.....	<input type="checkbox"/>	25) ものが、かみにくい.....	<input type="checkbox"/>
6) 頭痛.....	<input type="checkbox"/>	26) 肩こり.....	<input type="checkbox"/>
7) めまい.....	<input type="checkbox"/>	27) 腰痛.....	<input type="checkbox"/>
8) 目のかすみ.....	<input type="checkbox"/>	28) 手足の関節が痛む.....	<input type="checkbox"/>
9) 物が見にくい.....	<input type="checkbox"/>	29) 手足の動きが悪い.....	<input type="checkbox"/>
10) 耳鳴りがする.....	<input type="checkbox"/>	30) 手足のしびれ.....	<input type="checkbox"/>
11) 聞こえにくい.....	<input type="checkbox"/>	31) 手足が冷える.....	<input type="checkbox"/>
12) どうきがする.....	<input type="checkbox"/>	32) 足のむくみやだるさ.....	<input type="checkbox"/>
13) 息切れ.....	<input type="checkbox"/>	33) 尿が出にくい.....	<input type="checkbox"/>
14) 胸部に痛みがある.....	<input type="checkbox"/>	34) 尿の出る回数が多い.....	<input type="checkbox"/>
15) せきやたんがでる.....	<input type="checkbox"/>	35) 尿がもれる.....	<input type="checkbox"/>
16) 鼻がつまる、鼻汁が出る.....	<input type="checkbox"/>	36) 月経不順・月経痛.....	<input type="checkbox"/>
17) ゼイゼイする.....	<input type="checkbox"/>	37) 皮ふのかゆみ、湿しんなど.....	<input type="checkbox"/>
18) 胃のもたれ.....	<input type="checkbox"/>	38) 骨折・ねんざなどのけが.....	<input type="checkbox"/>
19) 下痢.....	<input type="checkbox"/>	39) 切り傷・やけどなど.....	<input type="checkbox"/>
20) 便秘.....	<input type="checkbox"/>	40) その他 ().....	<input type="checkbox"/>

⑥ 上記の症状以外の病気やけがで、現在、病院や診療所、あんま・はり・きゅうなどに通っていますか。あてはまる数字に○印をつけてください。また、通っている場合は、その具体的な内容を () 内に、ご記入ください。

1. 通っていない	
2. 通っている []

3. あなた自身の日常生活の状況について、お伺いします。それぞれのあてはまる数字に○印をつけてください。

1) 意識的に身体を動かすようにしている.....	1.はい 2.いいえ
2) 定期的に運動をしている.....	1.はい 2.いいえ
「はい」と答えた方は () 内に運動の内容、 [] 内に頻度をお書きください。	
運動の種類 ()	
運動の頻度 [日 ・ 週 ・ 月 ・ 年 回]	
3) 積極的に外出するようにしている.....	1.はい 2.いいえ
4) 地域での活動に積極的に参加している.....	1.はい 2.いいえ

資料 2

5) 自分にちょうど良い体重がどの程度か知っている.....	1.はい 2.いいえ
6) 朝ごはんを毎日きちんと食べている.....	1.毎日食べる 2.ときどき抜く 3.食べない
7) 1日、最低1食、家族と一緒に30分以上かけて楽しく食事をする.....	1.はい 2.いいえ
8) 外食や買い物をするとき、栄養成分表示を参考にする.....	1.はい 2.いいえ
9) 自分にちょうど良い体重を維持するための食事量を知っている.....	1.はい 2.いいえ
10) 自分の食生活には問題があると思う.....	1.はい 2.いいえ
「はい」と答えた方 → その問題を改善したいと思っている.....	1.はい 2.いいえ
11) 間食をいつも食べている.....	1.ほぼ毎日食べる 2.ときどき食べる 3.ほぼ食べない
12) 1日の食事において、必ず果物を食べている.....	1.はい 2.いいえ
13) 最近1カ月の間に悩みやストレスを感じた.....	1.はい 2.いいえ
14) 毎日の睡眠時間.....	1.7時間未満 2.7～9時間未満 3.9時間以上
15) 毎日十分に睡眠がとれている.....	1.はい 2.いいえ
16) 眠るために、睡眠薬やお酒を飲むことがある.....	1.はい 2.いいえ
17) 定期的に歯科検診に通っている.....	1.はい 2.いいえ
18) 定期的に歯科に通い歯石をとったり、歯をきれいにしてる.....	1.はい 2.いいえ
19) 歯磨きの際、歯間ブラシやデンタルフロスを使っている.....	1.はい 2.いいえ

4. 喫煙の害についてお答えください。以下のもののうち、喫煙の結果、かかりやすくなると思う疾患や症状全てに○印をつけてください。

- | | | | | |
|--------|-----------|-------------------|--------|--------|
| 1. 肺がん | 2. ぜんそく | 3. 気管支炎 | 4. 心臓病 | 5. 脳卒中 |
| 6. 胃潰瘍 | 7. 妊娠への影響 | 8. 歯周病 (歯槽膿漏や歯肉炎) | | |

5. あなたはお酒を飲みますか。頻度と量をお答えください (お酒を飲まない方は、頻度の欄に「0」を記入してください)。また、1日に飲むのに適量なお酒の量は、ビール中瓶だと何本ぐらいだと思いますか。()内に数字をお書きください。

頻度..... () に () 回) 量..... () を () 杯程度)
適正飲酒量..... (ビール中瓶 を () 本程度)

☆ご協力、ありがとうございました。☆