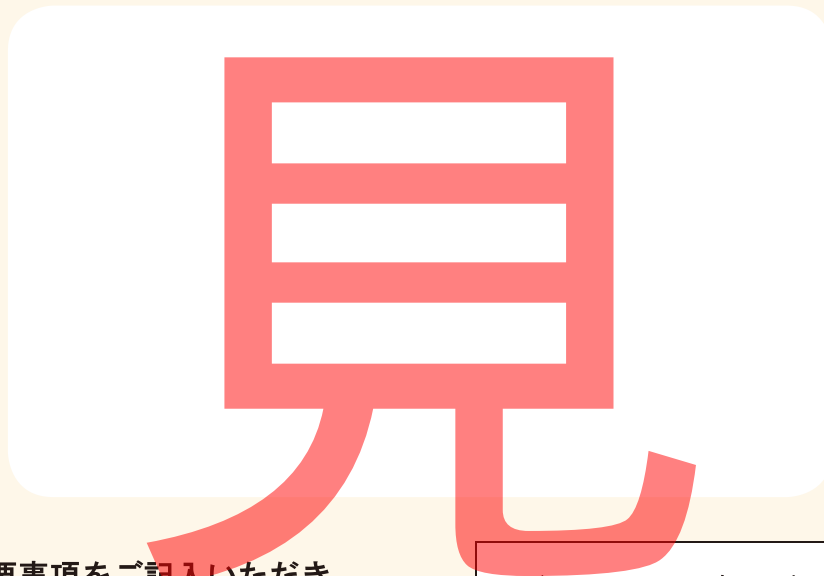


この調査票は見本のため、使用できません。

平成28年度

県民健康調査  
こころの健康度・生活習慣に関する調査  
調査票(0歳～3歳用)



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、  
当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：平成 29 年 月 日

ふりがな お子様のご氏名：	性別： <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 男 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 女
------------------	---

お子様の生年月日：平成 年 月 日

回答していただく方はどなたですか。  
<sub>1</sub>  母親 <sub>2</sub>  父親 <sub>3</sub>  祖父母 <sub>4</sub>  その他 ( )

保護者のご氏名： (続柄： )

(送付先住所変更) ※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。  
〒 都・道 市・区 区・町 府・県 郡 村  
アパート等名称・部屋番号

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。  
電話番号：( ) - ( 様方)  
携帯番号： - -

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のお子様の健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

- 1  きわめて良好    2  良好    3  普通    4  悪い    5  きわめて悪い

問2. お子様の現在の身長と体重をご記入ください。

記入例：身長 89.9 cm、体重 12.6 kgの場合（数値は右詰で記入）

身長  cm    体重  kg

身長  .  cm    体重  .  kg

問3. 現在、お子様が治療中の病気等はありますか。

- 1  ない    2  ある

↓ ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

1 <input type="checkbox"/> 喘息（小児喘息・気管支喘息）	2 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
3 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	4 <input type="checkbox"/> 1-3以外のアレルギー性疾患
5 <input type="checkbox"/> 風邪	6 <input type="checkbox"/> インフルエンザ
7 <input type="checkbox"/> 中耳炎	8 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎・蓄膿症
9 <input type="checkbox"/> 歯科疾患（虫歯・矯正・ <small>こうしんこうがいれつ</small> 口唇口蓋裂など）	10 <input type="checkbox"/> てんかん
11 <input type="checkbox"/> ADHD（注意欠陥多動性障害）	
12 <input type="checkbox"/> その他（具体的な病名）（_____）	

問4. お子様は、この一年以内に病気で入院したことがありますか。

- 1  ない    2  ある

↓ ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

1 <input type="checkbox"/> 喘息（小児喘息・気管支喘息）	2 <input type="checkbox"/> 肺炎（急性肺炎・気管支肺炎）
3 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	4 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症（RSウイルス肺炎）
5 <input type="checkbox"/> 風邪	6 <input type="checkbox"/> 気管支炎（急性気管支炎）
7 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	8 <input type="checkbox"/> 胃腸炎（急性胃腸炎）
9 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	10 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん
11 <input type="checkbox"/> 川崎病	12 <input type="checkbox"/> <small>そけい</small> 鼠径ヘルニア（脱腸）
13 <input type="checkbox"/> その他（具体的な病名）（_____）	

**問5. お子様の、睡眠についてお尋ねします。**

1) お子様は普段夜寝る時刻と朝起きる時刻は何時頃ですか。

( 24 時間表記により右詰めで記入して下さい。  
(例) 午後 7 時 10 分 → 時 分、午前 7 時 10 分 → 時 分 )

寝る時刻 時 分頃      起きる時刻 時 分頃

2) お子様はお昼寝をしますか。(✓はどちらかひとつ)  
する場合にはだいたいの時間をご記入ください。

いいえ       はい      およそ  時間  分くらい

**問6. 対象のお子様が2歳以上の方に伺います。お子様は普段、運動(室内での走り廻り、ボール蹴り、三輪車乗りなど)をどのくらいしていますか。(✓はひとつ)**

ほとんど毎日している       週に2~4回している  
 週1回程度している       ほとんどしていない

**問7. 現在の、お子様の食生活についてお尋ねします。(✓はひとつ)**

1) お子様は母乳を飲んでいますか。

はい       いいえ

2) 対象のお子様が1歳以上の方に伺います。最近1か月間の食事について、当てはまる□に✓をご記入ください。

① 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか……………  はい       いいえ

② 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか……………  はい       いいえ

③ 果物をほぼ毎日食べますか……………  はい       いいえ

④ 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか……………  はい       いいえ

⑤ 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか……………  はい       いいえ

**問8. 育児に自信がもてないことがありますか。(✓はひとつ)**

はい       いいえ       何ともいえない

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書き  
ください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。  
ご回答、ありがとうございました。



ふくしまから  
はじめよう。

〔お問い合わせ先〕

- 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル  
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター  
電話番号 024-549-5170  
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))