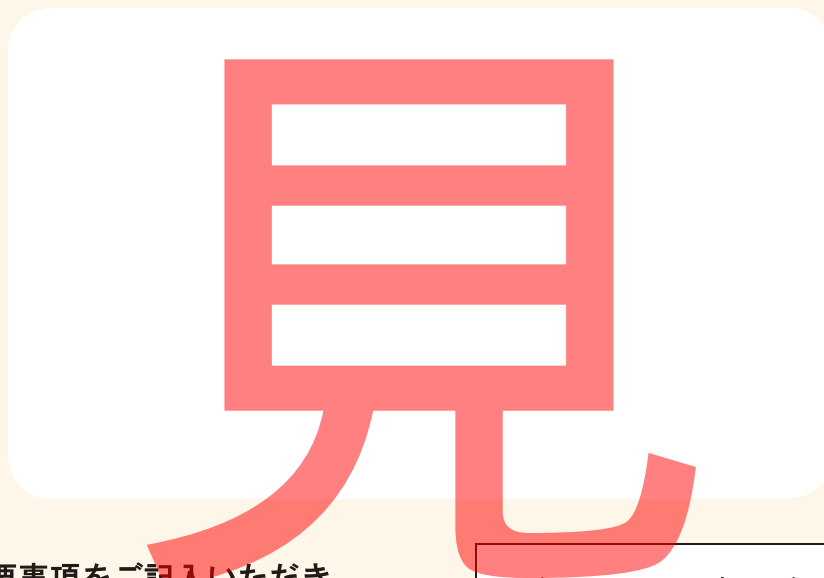


この調査票は見本のため、使用できません。

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： ₁ <input type="checkbox"/> 男 ₂ <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。
₁ 母親 ₂ 父親 ₃ 祖父母 ₄ 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。))