

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(4歳～6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

お子様のご氏名： ふりがな	性別： ₁ □ 男 ₂ □ 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： - -

見

本

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 116.6 cm、体重 21.3 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"/> 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時間を記入してください。

いいえ はい → およそ 時間 分くらい

問6. お子様は普段、運動(室内外での走り廻り、ボール蹴り、自転車乗りなど)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. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 速い ふつう 遅い
- 2) 砂糖入りの飲料(ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか…………… はい いいえ
- 3) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… はい いいえ
- 4) 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
- 5) 果物をほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、
ほぼ毎日食べますか…………… はい いいえ
- 9) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか…………… はい いいえ

問8. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例:)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

1) あなたのお子様のここ半年くらいの行動についてお答えください。

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
1 他人の気持ちをよく気づかう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 おちつきがなく、長い間じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうったえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 他の子どもたちと、よく分け合う(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 カッとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 素直で、だいたい大人のいうことをよくきく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心配ごとが多く、いつも不安なようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 いつもそわそわしたり、もじもじしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 すぐに気が散りやすく、注意を集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 年下の子どもたちに対してやさしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 よくうそをついたり、ごまかしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 自分からすすんでよく他人を手伝う(親・先生・子どもたちなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 よく考えてから行動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 家や学校、その他から物を盗んだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 他の子どもたちより、大人といる方がうまくいくようだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 こわがりで、すぐにおびえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ものごとを最後までやりとげ、集中力もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) 全体的に、お子様は、情緒、集中力、行動、他人との付き合いのいずれか1つ以上の領域において困難を抱えていると思いますか。(✓はひとつ)

₁ いいえ ₂ はい (ささいな困難) ₃ はい (明らかな困難) ₄ はい (深刻な困難)

↓
3) にお進みください。

3) 「はい」と回答した保護者の方にお伺いします。お子様はその困難によって動揺したり、悩んだりしていますか。(✓はひとつ)

₁ まったくない ₂ すこしだけ ₃ かなり ₄ 大いに

問9. 保育園・幼稚園に行きたがらないことがありますか。(✓はひとつ)

₁ ある ₂ ない ₃ 現在入園していない

※ 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。

本

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。

見

本

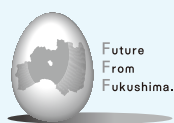


見

本

〔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。))



ふくしまから
はじめよう。