

## 質問票ご記入のお願い

このたびは、環境省エコチル調査にご参加をいただきありがとうございます。

エコチル調査では、さまざまな環境要因がお子さまの成長や発達におよぼす影響を調べるため、全国で10万人の子どもたちの健康状態を13歳に達するまで継続的に調べます。

調査から得られた結果は、これから生まれ、育っていく日本の子どもたちに、よりよい環境を与えるための基礎データとして、大切に活用させていただくものです。

信頼できるデータを得るためには、お子さまの健康状態や、お子さまの成育環境、お母さまやお父さまの健康状態や生活状況について正確に教えていただき、その結果を科学的に分析する必要があります。

お寄せいただくご回答や個人情報は、エコチル調査の目的にのみ利用し、それぞれの方が、どのようなご回答をされたかは、直接顔を合わせる医師や看護師には分からないようになっています。なお、ご回答が届かない、ご記入いただいた内容が読み取れないなどの場合には、エコチル調査の担当者からご確認の連絡を入れさせていただくことがありますのでご了承ください。

### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがってご回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は30分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 回答はシャープペンHBあるいは黒のボールペンで記入してください。
4. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ、封をして医療機関に提出するか、封をして郵送してください。

※この調査についてのお問い合わせ先



エコチル調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。

## 質問票ご記入のお願い

このたびは、環境省エコチル調査にご参加をいただきありがとうございます。

エコチル調査では、さまざまな環境要因がお子さまの成長や発達におよぼす影響を調べるため、全国で10万人の子どもたちの健康状態を13歳に達するまで継続的に調べます。

調査から得られた結果は、これから生まれ、育っていく日本の子どもたちに、よりよい環境を与えるための基礎データとして、大切に活用させていただくものです。

信頼できるデータを得るためには、お子さまの健康状態や、お子さまの成育環境、お母さまやお父さまの健康状態や生活状況について正確に教えていただき、その結果を科学的に分析する必要があります。

お寄せいただくご回答や個人情報は、エコチル調査の目的にのみ利用し、それぞれの方が、どのようなご回答をされたかは、エコチル調査に関係しない医師や看護師には分からないようになっていきます。なお、回答が届かない、ご記入いただいた内容が読み取れないなどの場合には、エコチル調査の担当者から確認の連絡を入れさせていただくことがありますのでご了承ください。

### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがって回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は40分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 回答はシャープペンHBあるいは黒のボールペンで記入してください。
4. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ、封をして医療機関に提出するか、封をして返送してください。

※この調査についてのお問い合わせ先



エコチル調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。

□ お母さまのお名前、生年月日、ご住所等をご記入ください。

【記入日】西暦 20 年 月 日

①お名前：ふりがな

氏 名

②生年月日：西暦 19 年 月 日

③現在お住まいのご住所：〒 -

[Address input area]

④自宅電話番号： \*市外局番からご記入ください。例) 075-XXX-XXXX

⑤携帯電話番号：

⑥携帯メール：

⑦P C メール：

※電話は自宅または携帯のいずれかを、メールは携帯またはパソコンのいずれかを、お答えください。

⑧前回調査以降にお引越しをされましたか  はい  いいえ

お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

(ご注意) 回答したくない質問があった場合には、その質問番号に×印をつけてください。

A. あなたご自身の健康状態についておたずねします。以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまる□にチェック(し)をつけてください。

質問1 全体的にみて、過去1か月間のあなたの健康状態はいかがでしたか？

- |                                  |                                |                                   |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最高に良い   | <input type="checkbox"/> とても良い | <input type="checkbox"/> 良い       |
| <input type="checkbox"/> あまり良くない | <input type="checkbox"/> 良くない  | <input type="checkbox"/> ぜんぜん良くない |

質問2 過去1か月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか？

- |                                       |  |                                  |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた       | <input type="checkbox"/> 少し妨げられた |
| <input type="checkbox"/> かなり妨げられた     | <input type="checkbox"/> 体を使う日常活動ができなかった |                                  |

質問3 過去1か月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった  | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた |
| <input type="checkbox"/> 少し妨げられた       | <input type="checkbox"/> かなり妨げられた  |
| <input type="checkbox"/> いつもの仕事ができなかった |                                    |

質問4 過去1か月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

- |                                   |                                 |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜんなかった | <input type="checkbox"/> かすかな痛み | <input type="checkbox"/> 軽い痛み     |
| <input type="checkbox"/> 中くらいの痛み  | <input type="checkbox"/> 強い痛み   | <input type="checkbox"/> 非常に激しい痛み |

質問5 過去1か月間、どのくらい元気でしたか。

- |                                    |                                   |                                  |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 非常に元気だった  | <input type="checkbox"/> かなり元気だった | <input type="checkbox"/> 少し元気だった |
| <input type="checkbox"/> わずかに元気だった | <input type="checkbox"/> 元気でなかった  |                                  |

質問6 過去1か月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた |
| <input type="checkbox"/> 少し妨げられた      | <input type="checkbox"/> かなり妨げられた  |
| <input type="checkbox"/> つきあいができなかった  |                                    |

質問7 過去1か月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん悩まされなかった | <input type="checkbox"/> わずかに悩まされた |
| <input type="checkbox"/> 少し悩まされた      | <input type="checkbox"/> かなり悩まされた  |
| <input type="checkbox"/> 非常に悩まされた     |                                    |

質問8 過去1か月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた |
| <input type="checkbox"/> 少し妨げられた      | <input type="checkbox"/> かなり妨げられた  |
| <input type="checkbox"/> 日常活動ができなかった  |                                    |

B. あなたの最近の気分についておたずねします。

質問9 次の質問では、過去1か月の間、あなたがどのように感じていたかについておたずねします。それぞれの質問に対して、そういう気持ちをどれくらいの頻度で感じていたか、一番当てはまるにチェック(シ)をつけてください。

過去1か月の間にどれくらいしばしば…	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
① 神経過敏に感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
② 絶望的だと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
③ そわそわしたり、落ち着き無く感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
④ 気分が沈みこんで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
⑤ 何をするのも骨折れだと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
⑥ 自分は価値のない人間だと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				

質問10 あなたは胎動をどのくらい感じますか？

- |                                   |                                  |                                 |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく感じる    | <input type="checkbox"/> ときどき感じる | <input type="checkbox"/> たまに感じる |
| <input type="checkbox"/> ほとんど感じない |                                  |                                 |

C. あなたの性格についておたずねします。

質問11 ①～⑩のそれぞれについて、あなたにもっともよくあてはまる□にチェック(し)をつけてください。

(あまり長く考えずに、できるだけ早く選んでください。)

		確かにそつだ	少しそつだ	少しちがう	確かにちがう
①	私は物事を自分一人でよりも他の人とするを好む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	他の人たちは、私が言ったことをよく失礼だと言う、たとえ私がそれは丁寧だと思っても	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	私は、もし追求することができないと当惑してしまう、とても強い興味をもつ傾向がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	私は物語を読んでいる時に、登場人物の意図を理解するのが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	私は、博物館よりはむしろ劇場に行きたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	私は、しばしば冗談の意味をわかるのが最後になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	私は、人の顔を見るだけで、その人が考えていることや感じていることが容易にわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	私は、物事のカテゴリーについての情報を集めるのが好きだ(例えば、自動車、鳥、電車、植物の種類など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	誰か他の人だったらどうだろうと想像することは、私には難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	私は、人の意図をわかるのが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問12 この1年間にあなたにとって下記のようなストレスになるできごとがありましたか？  
(一つだけにチェック(し))

「あった」を選んだ場合、それは右欄のうち、どれにあてはまりますか。  
(あてはまるすべての□にチェック(し)をつけてください。)

<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 親の死亡	<input type="checkbox"/> 配偶者の死亡
<input type="checkbox"/> あった →	<input type="checkbox"/> 子どもの死亡	<input type="checkbox"/> 親の病気
	<input type="checkbox"/> 配偶者の病気、けが	<input type="checkbox"/> 子どもの病気、けが
	<input type="checkbox"/> 配偶者の解雇	<input type="checkbox"/> 自分の解雇
	<input type="checkbox"/> 親しい友人の死亡	<input type="checkbox"/> 巨額の借金
	<input type="checkbox"/> 家族構成の変化(祖父母の同居など)	<input type="checkbox"/> 離婚
	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 夫婦間の問題
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____)	

質問13 あなたは、今回の妊娠中に、パートナーから侮辱<sup>ぶじょく</sup>されたり罵<sup>ののし</sup>られたことがありますか？  
※以後、妊娠というのは、特に断わらない限り今回の妊娠のことを指します。

<input type="checkbox"/> 全くなかった	<input type="checkbox"/> まれにあった	<input type="checkbox"/> ときどきあった
<input type="checkbox"/> よくあった		

質問14 あなたは、今回の妊娠中に、パートナーとのケンカが原因でケガをするほど叩か  
れたり殴られたりしたことがありますか？

<input type="checkbox"/> 全くなかった	<input type="checkbox"/> まれにあった	<input type="checkbox"/> ときどきあった
<input type="checkbox"/> よくあった		

質問15 10代のころ、体重を減らす目的で以下の項目を行ったことがありますか？  
(あてはまる□にチェック(し)をつけてください。)

<input type="checkbox"/> 食事の量を普段の3分の2以下に減らす	<input type="checkbox"/> 間食・夜食を減らす
<input type="checkbox"/> 特定の食品(ダイエット食品)をとる	<input type="checkbox"/> 薬を使う
<input type="checkbox"/> 食べたものを吐く	<input type="checkbox"/> タバコを吸う
<input type="checkbox"/> 運動をする	

質問16 今回妊娠する前の1年間に、体重を減らす目的で以下の項目を行ったことがありますか？(あてはまるすべての□にチェック(し)をつけてください。)

<input type="checkbox"/> 食事の量を普段の3分の2以下に減らす	<input type="checkbox"/> 間食・夜食を減らす
<input type="checkbox"/> 特定の食品(ダイエット食品)をとる	<input type="checkbox"/> 薬を使う
<input type="checkbox"/> 食べたものを吐く	<input type="checkbox"/> タバコを吸う
<input type="checkbox"/> 運動をする	

D. 食事などについておたずねします。あてはまる□にチェック(し)をつけ、□内にあてはまる数字をご記入ください。

質問17 あなたが妊婦にとって適正と思う体重増加量をおしえてください。わからない場合は、「わからない」にチェック(し)をつけてください。

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	kgから	<input type="text"/>	kgの範囲内。もしくは	<input type="text"/>	kg以下
<input type="checkbox"/>	わからない					

質問18 あなたは、妊娠中に太り過ぎないようにすること（前問に挙げた「適正な体重増加量」を超えないこと）は大切なことだと思いますか？（一つだけにチェック(し)）

<input type="checkbox"/>	とてもそう思う	<input type="checkbox"/>	ややそう思う	(→質問18-1へ)
<input type="checkbox"/>	どちらともいえない	<input type="checkbox"/>	そう思わない	(→質問19へ)
<input type="checkbox"/>	全くそう思わない			

質問18-1 問18で「とてもそう思う」「ややそう思う」にお答えいただいた方におたずねします。それはどのような理由からですか？  
(あてはまるものすべてにチェック(し)をつけてください。)

<input type="checkbox"/>	元気な子どもを生むため	<input type="checkbox"/>	お産を楽にするため
<input type="checkbox"/>	産後早く元の体型に戻すため	<input type="checkbox"/>	妊娠線を残さないため
<input type="checkbox"/>	医師や看護師にそう言われるから	<input type="checkbox"/>	家族や友人にそう言われるから
<input type="checkbox"/>	特に理由はない	<input type="checkbox"/>	産後の生活習慣病予防のため
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に： _____ )		

質問19 妊娠中に特に意識して食べない・飲まないものはありますか？

(あてはまるものすべてにチェック(し)をつけてください。)

<input type="checkbox"/>	牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/>	卵	<input type="checkbox"/>	大豆
<input type="checkbox"/>	魚	<input type="checkbox"/>	牛肉	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に： _____ )				
<input type="checkbox"/>	特になし				

質問20 あなたは、最近1か月、サプリメントや健康食品を摂取しましたか？

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

質問21 あなたは、サプリメントとして葉酸をとっていますか？（一つだけにチェック(し)）

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日に2回以上 | <input type="checkbox"/> 日に1回   | <input type="checkbox"/> 週に4～6回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～3回 | <input type="checkbox"/> 月に2～3回 | <input type="checkbox"/> 月に1回   |
| <input type="checkbox"/> とっていない |                                 |                                 |

質問22 あなたは、サプリメントとして亜鉛(Zn)をとっていますか？（一つだけにチェック(し)）

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日に2回以上 | <input type="checkbox"/> 日に1回   | <input type="checkbox"/> 週に4～6回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～3回 | <input type="checkbox"/> 月に2～3回 | <input type="checkbox"/> 月に1回   |
| <input type="checkbox"/> とっていない |                                 |                                 |

質問23 あなたは、サプリメントとしてエイコサペンタエン酸(EPA)をとっていますか？  
(一つだけにチェック(し))

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日に2回以上 | <input type="checkbox"/> 日に1回   | <input type="checkbox"/> 週に4～6回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～3回 | <input type="checkbox"/> 月に2～3回 | <input type="checkbox"/> 月に1回   |
| <input type="checkbox"/> とっていない |                                 |                                 |

質問24 あなたは、サプリメントとしてドコサヘキサエン酸(DHA)をとっていますか？  
(一つだけにチェック(し))

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日に2回以上 | <input type="checkbox"/> 日に1回   | <input type="checkbox"/> 週に4～6回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～3回 | <input type="checkbox"/> 月に2～3回 | <input type="checkbox"/> 月に1回   |
| <input type="checkbox"/> とっていない |                                 |                                 |

質問25 あなたは、サプリメントとして乳酸菌飲料(ヨーグルトなど)をとっていますか？  
(一つだけにチェック(し))

- |                                 |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日に2回以上 | <input type="checkbox"/> 日に1回    | <input type="checkbox"/> 週に4～6回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～3回 | <input type="checkbox"/> 5月に2～3回 | <input type="checkbox"/> 月に1回   |
| <input type="checkbox"/> とっていない |                                  |                                 |

質問26 最近1か月に、朝食や昼食、夕食としてハンバーガーやフライドポテト、ピザ、ドーナツなどをファーストフード店などで食べる（持ち帰って食べることも含む）はどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問27 妊娠前の20代において朝食や昼食、夕食としてハンバーガーやフライドポテト、ピザ、ドーナツなどをファーストフード店などで食べる（持ち帰って食べることも含む）はどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問28 妊娠前の10代において、朝食や昼食、夕食としてハンバーガーやフライドポテト、ピザ、ドーナツなどをファーストフード店などで食べる（持ち帰って食べることも含む）はどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問29 最近1か月に、朝食や昼食、夕食をレストランなどで外食することはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問30 最近1か月に、朝食や昼食、夕食としてコンビニエンスストア、スーパー、弁当店などで買ったお弁当を食べることはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問31 最近1か月に、朝食や昼食、夕食として冷凍食品を食べることはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック（し））

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問32 最近1か月に、朝食や昼食、夕食としてレトルト食品を食べることはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問33 最近1か月に、朝食や昼食、夕食としてカップ麺やスープ等のプラスチック容器に入っていて熱湯を注いで食べる食事を食べることはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問34 最近1か月に、朝食や昼食、夕食として缶詰めを食べることはどのぐらいありましたか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に1回未満 | <input type="checkbox"/> 週に1～2回 | <input type="checkbox"/> 週に3～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に5～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日     |                                 |

質問35 コーヒーや紅茶を飲むときに入れるものは主に何ですか？（一つだけにチェック(シ)）

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 液体のコーヒークリーム（コーヒーフレッシュともいう） |  |  |
| <input type="checkbox"/> 粉末のコーヒークリーム                |  |   |
| <input type="checkbox"/> 牛乳                         |  |   |
| <input type="checkbox"/> 生クリーム                      |  |   |
| <input type="checkbox"/> ミルク類は何もいれない                |  |   |

コーヒーフレッシュの例

コーヒークリームの例

E. 喫煙についておたずねします。あてはまる項目の□にチェック(レ)をつけ、□内にあてはまる数字をご記入ください。

質問36 あなたご自身の喫煙についてお答えください。(一つだけにチェック(レ))

<input type="checkbox"/>	喫煙したことはない。		
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	吸うのを止めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	最後に吸ったのはいつですか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	月前
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	喫煙を続けている。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本

質問37 お子さまの父親（あなたの夫・パートナー）についてお答えください。(一つだけにチェック(レ))

<input type="checkbox"/>	喫煙したことはない。		
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	吸うのを止めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	最後に吸ったのはいつですか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	月前
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	喫煙を続けている。		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/> <input type="text"/>	本

質問38 あなたは現在、家の中や仕事場、外出先の屋内で、他の人が吸ったタバコの煙を吸い込む機会がどれくらいありますか？（一つだけにチェック(レ)）

ほとんどない

週1日くらい

週2～3日（→質問38-1へ）

週に4～6日

毎日

質問38-1 そのような場合、他の人が吸ったタバコの煙を、あなたが吸う時間は1日のうち、どれくらいですか？（一つだけにチェック(レ)）

1時間未満

1～2時間くらい

2時間以上

F. 妊娠中の生活についておたずねします。平均的な1週間を考えた場合、あなたが1日にどのくらいの時間、体を動かしているのかをおたずねします。身体活動（体を動かすこと）とは、仕事での活動、通勤や買い物などいろいろな場所への移動、家事や庭仕事、余暇時間の運動やレジャーなど、体を動かすすべての活動を含んでいることに留意してください。

回答にあたっては以下の点にご注意ください。

◆**強い身体活動**とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。

◆**中等度の身体活動**とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。

以下の質問では、1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答えください。

質問39 平均的な1週間で、**強い身体活動**（重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど）を行う日は何日ありますか？（一つだけにチェック(レ)）

ある 週  日（→質問39-1へ）  ない（→質問40へ）

質問39-1 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間行いますか？

1日   時間   分

質問40 平均的な1週間で、**中等度の身体活動**（軽い荷物の運搬、子どもとの鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど）を行う日は何日ありますか？歩行やウォーキングは含めないでお答えください。（一つだけにチェック(レ)）

ある 週  日（→質問40-1へ）  ない（→質問41へ）

質問40-1 中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間行いますか？

1日   時間   分

質問41 平均的な1週間で、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。(一つだけ)

ある 週  日 (→質問41-1へ)  ない (→質問42へ)

質問41-1 そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか？

1日  時間  分

質問42 毎日座ったり寝転んだりして過ごしている時間(工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など)についておたずねします。ここでは、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といったすべての時間を含みます。なお、睡眠時間は含めないでください。

平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？

1日  時間  分

質問42-1 1日のうち、テレビを見て過ごす時間はどれくらいですか？

1日  時間  分

質問42-2 1日のうち、ゲームをして過ごす時間はどれくらいですか？

1日  時間  分

質問43 最近1か月、寝床(ベッドや布団)に入って眠ろうとする(消灯する)時刻は平均して何時頃ですか？

午前  時  分  
 午後

質問44 最近1か月、ふだんの平均的な起床時刻は何時頃ですか？

午前  時  分  
 午後

質問45 最近1か月、あなたの眠りの深さは平均するとどの程度だと思えますか？  
(一つだけにチェック(し))

非常に浅い方だと思う  比較的浅い方だと思う  普通だと思う  
 比較的深い方だと思う  非常に深い方だと思う

質問46 最近1か月、朝、目覚めた時の気分は平均するとどの程度ですか？（一つだけにチェック(レ)）

<input type="checkbox"/> 非常に悪い	<input type="checkbox"/> 比較的悪い	<input type="checkbox"/> 普通
<input type="checkbox"/> 比較的良い	<input type="checkbox"/> 非常に良い	

質問47 最近1か月のふだんの睡眠について、以下の状態はどの程度あてはまりますか？

(①～③、それぞれ一つだけにチェック(レ))

① 眠いのになかなか寝付けない	<input type="checkbox"/> まったくあてはまらない <input type="checkbox"/> 少しあてはまる <input type="checkbox"/> 非常にあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない <input type="checkbox"/> わりとあてはまる
② いったん眠ったら、朝まで目が覚めない	<input type="checkbox"/> まったくあてはまらない <input type="checkbox"/> 少しあてはまる <input type="checkbox"/> 非常にあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない <input type="checkbox"/> わりとあてはまる
③ いくら寝ても、寝不足のよ うに感じる	<input type="checkbox"/> まったくあてはまらない <input type="checkbox"/> 少しあてはまる <input type="checkbox"/> 非常にあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない <input type="checkbox"/> わりとあてはまる

質問48 最近1か月に、あなたは朝食を食べないことはどの程度ありましたか？

(一つだけにチェック(レ))

<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に4～6日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日
<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 月に数回	<input type="checkbox"/> 全くない

質問49 最近1か月に、あなたはどの程度夜食（夕食を食べた後に寝る前に食べる食事）を食べましたか？（一つだけにチェック(レ)）

<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に4～6日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日
<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 月に数回	<input type="checkbox"/> 全くない

質問50 妊娠してから、妊娠12週頃までの間につわりの症状はありましたか？

(一つだけにチェック(レ))

<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 吐き気のみあった
<input type="checkbox"/> 嘔吐するが食事はとれた	<input type="checkbox"/> 嘔吐して食事もとれなかった

質問51 あなたはふだん、1日平均で何時間ぐらい音楽鑑賞をしていますか？

時間

質問52 あなたはふだん、平均して1日合計どれくらい携帯電話で電話をしますか？

(一つだけにチェック(し))

- |                                    |                                    |                                |                                   |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持っていない    | <input type="checkbox"/> 0分        | <input type="checkbox"/> 5分未満  | <input type="checkbox"/> 5分～10分未満 |
| <input type="checkbox"/> 10分～30分未満 | <input type="checkbox"/> 30分～1時間未満 | <input type="checkbox"/> 1時間以上 |                                   |

質問53 あなたはふだん、平均して1日何回ぐらい携帯電話でメールの送受信をしますか？

(一つだけにチェック(し))

- |                                 |                               |                                |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持っていない | <input type="checkbox"/> 0回   | <input type="checkbox"/> 1～2回  |
| <input type="checkbox"/> 3～5回   | <input type="checkbox"/> 6～9回 | <input type="checkbox"/> 10回以上 |

質問54 あなたはふだん、屋外で過ごす時間はどれくらいですか？

一日の平均   時間

G. あなたの住居や環境についておたずねします。また、殺虫剤や芳香剤など、日常よく使っているものについてもおたずねします。それらは人体に無害と考えられていますが、今回の調査で、子どもの健康への影響をあらためて実証したいと考えています。なお、つい最近転居された場合は、妊娠中で一番長く住んでいた場所でお答えください。

質問55 ご自宅についてお聞きします。(一つだけし)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 木造一戸建て                           |
| <input type="checkbox"/> 鉄筋(鉄骨)一戸建て                       |
| <input type="checkbox"/> 木造の集合住宅(アパート等)                   |
| <input type="checkbox"/> 鉄筋(鉄骨)の集合住宅(アパート、マンション等)         |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に： <input type="text"/> ) |

質問56 ご自宅は建築後何年ですか？(一つだけし)

- |                                    |                                     |                                   |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1年未満      | <input type="checkbox"/> 1年以上3年未満   | <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 |
| <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 | <input type="checkbox"/> 10年以上20年未満 | <input type="checkbox"/> 20年以上    |
| <input type="checkbox"/> わからない     |                                     |                                   |

質問57 その家に何年くらいお住まいですか？

年

質問58 ふだん生活している家は、何階にありますか？

階建ての  階（戸建ての場合は不要）

質問59 ご自宅は何部屋ありますか？

台所（キッチン）、風呂、トイレ、洗面所、倉庫、納戸は数えないでください。

部屋

質問60 ご自宅の床面積はどれくらいありますか？

m<sup>2</sup>

質問61 今回の妊娠後、ご自宅の増改築、内装工事を行いましたか？

はい  いいえ

質問62 この1年間の冷房器具についてお聞きします。冷房は主に何を使いましたか？

（一つだけにチェック(シ)）

エアコン  扇風機  
 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）  
 何も使っていない

質問63 この1年間に、加湿器を使用しましたか？

はい  いいえ

質問64 この1年間に、除湿器（エアコンのドライ機能を含む）を使用しましたか？

はい  いいえ

質問65 この1年間に、空気清浄器を使用しましたか？

はい  いいえ

お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

質問66 冬の居間の暖房には次のどれを使っていますか？

(あてはまるもの全ての□にシを入れてください)

- 冬でも使用しない
- 使用する (あてはまるもの全ての□にシを入れてください)
  - 石油ストーブ、石油ファンヒーター
  - ガスストーブ、ガスファンヒーター
  - 石油 (もしくはガス) クリーンヒーター (煙突、排気筒があるもの)
  - エアコン、スチーム暖房、オイルヒーター
  - 電気こたつ、電気ストーブ、ホットカーペットなどの電気暖房器具
  - センtralヒーティング、床暖房
  - 炭、練炭の火鉢やこたつなど
  - その他 (具体的に： )

質問67 冬の就眠時、布団の中で暖房器具を使っていますか？

(あてはまるもの全ての□にシを入れてください。)

- 冬でも使用しない
- 使用する (あてはまるもの全ての□にシを入れてください)
  - 電気アンカ  電気毛布  湯たんぽ
  - その他 (具体的に： )

質問68 居間の床材について当てはまるものをお答えください。(一つだけにチェック(シ))

- 畳  畳の上にじゅうたん
- 床張り、フローリング、タイル  床張り、フローリング、タイルの上にじゅうたん
- その他 (具体的に： )

質問69 居間の床に掃除機をかける頻度をお答えください。1年を通しての平均的な様子をお答えください。(一つだけにチェック(シ))

- 毎日  週に数回  週に1回程度
- 月に1~2回  年に数回  ほとんどかけない

質問70 寝室の床に掃除機をかける頻度をお答えください。1年を通しての平均的な様子をお答えください。(一つだけにチェック(シ))

- 毎日  週に数回  週に1回程度
- 月に1~2回  年に数回  ほとんどかけない

質問71 布団に掃除機をかける頻度をお答えください。1年を通しての平均的な様子をお答えください。(一つだけにチェック(シ))

- |                               |                                   |                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に数回 | <input type="checkbox"/> 週に1回程度   | <input type="checkbox"/> 月に1~2回 |
| <input type="checkbox"/> 年に数回 | <input type="checkbox"/> ほとんどかけない |                                 |

質問72 布団を干す頻度をお答えください。1年を通しての平均的な様子をお答えください。(一つだけにチェック(シ))

- |                               |                                   |                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に数回 | <input type="checkbox"/> 週に1回程度   | <input type="checkbox"/> 月に1~2回 |
| <input type="checkbox"/> 年に数回 | <input type="checkbox"/> ほとんど干さない |                                 |

質問73 今回の妊娠後、布団にダニ防止カバーや防ダニ仕様の寝具を使っていますか？

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

質問74 浴室や洗面所も含めてご自宅の中にカビが生えているところがありますか？(あてはまるもの全ての□にシを入れてください。)

- |                                       |                                      |                             |                                 |  |  |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> いいえ          |                                      |                             |                                 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> はい → 具体的な場所は | <input type="checkbox"/> 台所          | <input type="checkbox"/> 居間 | <input type="checkbox"/> ご自身の寝室 |  |  |  |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他の寝室      | <input type="checkbox"/> 浴室 | <input type="checkbox"/> トイレ    |  |  |  |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) |                             |                                 |  |  |  |

質問75 現在、ご自宅でペットを飼っていますか？もし飼っている場合は、その種類を教えてください。(あてはまるもの全ての□にシを入れてください。)

- |                                   |                                     |                                      |                                     |  |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 現在飼っていない |                                     |                                      |                                     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 現在飼っている  |                                     |                                      |                                     |  |  |  |
| → 種類は                             | <input type="checkbox"/> ネコ         | <input type="checkbox"/> 小鳥          | <input type="checkbox"/> 家の中で飼っている犬 |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 家の外で飼っている犬 |                                      | <input type="checkbox"/> ハムスター      |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> カメ         | <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) |                                     |  |  |  |

質問76 ご自宅はオール電化住宅ですか？

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

質問77 ご自宅の敷地内に小型のゴミ焼却装置がありますか？(一つだけにチェック(シ))

- |                             |                                    |                                |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> あるが使っていない | <input type="checkbox"/> 使っている |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

質問78 水道の蛇口に浄水器を設置して使っていますか？(一つだけにチェック(シ))

- |                                      |                              |  |  |  |  |
|--------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> はい          | <input type="checkbox"/> いいえ |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) |                              |  |  |  |  |

質問79 今回妊娠してから今まで、あなた自身（セルフサービス）で、車にガソリンを  
入れたことがありますか？（一つだけにチェック(レ)）

- 毎日       週4～6回       週2～3回       週1回  
 月1～3回       月1回未満       したことがない

質問80 今回妊娠してから今まで、トイレで消臭剤や芳香剤を使いましたか？

- はい       いいえ

質問81 今回妊娠してから今まで、居間や寝室で消臭剤や芳香剤を使いましたか？

- はい       いいえ

質問82 今回妊娠してから今まで、洋服ダンスなどで衣類用防虫剤を使っていますか？  
（一つだけにチェック(レ)）

- きらすことなく使っている       ときどき使っている       いいえ

質問83 今回妊娠してから今まで、屋内でスプレー式の殺虫剤を使っていますか？（一つ  
だけレ）「はい」の場合、使用頻度もお答えください。（一つだけにチェック(レ)）

- いいえ  
 はい → 頻度は       毎日       週に数回       週に1回  
                          月に1～3回       月に1回未満

質問84 今回妊娠してから今まで、数時間以上にわたり連続使用する蚊取り線香や電気式  
蚊取り器などを使っていますか？「はい」の場合、使用頻度もお答えください。  
（一つだけにチェック(レ)）

- いいえ  
 はい → 頻度は       毎日       週に数回       週に1回  
                          月に1～3回       月に1回未満

質問85 今回妊娠してから今まで、ウジやボウフラ用の液体殺虫剤を使っていますか？  
「はい」の場合、使用頻度もお答えください。（一つだけにチェック(レ)）

- いいえ  
 はい → 頻度は       毎日       週に数回       週に1回  
                          月に1～3回       月に1回未満

質問86 今回妊娠してから今まで、庭やベランダ、畑等で除草剤や園芸用殺虫剤を使っていますか？「はい」の場合、使用頻度もお答えください。(一つだけにチェック(レ))

- いいえ
- はい → 頻度は  毎日  週に数回  週に1回  
 月に1～3回  月に1回未満

質問87 今回妊娠してから今まで、皮膚や着衣に虫よけの薬(虫よけスプレーや虫よけローション)をつけていますか？「はい」の場合、使用頻度もお答えください。(一つだけにチェック(レ))

- いいえ
- はい → 頻度は  毎日  週に数回  週に1回  
 月に1～3回  月に1回未満

質問88 今回妊娠してから今まで、屋内を殺虫剤でくん煙したことがありますか？  
(くん煙とは、霧や煙伏にした薬剤を部屋の隅々まで行き渡らせる殺虫方法です。)

- はい  いいえ

質問89 今回妊娠してから今まで、衣類や靴に防水スプレーを使っていますか？

- はい  いいえ

質問90 今回妊娠してから今まで、薬用石鹸や抗菌石鹸と呼ばれる石鹸を使っていますか？

- はい  いいえ

質問91 今回妊娠してから今まで、体臭防止剤を使っていますか？

- はい  いいえ

質問92 今回妊娠してから今まで、香料の強い化粧品や香水などを使っていますか？  
(一つだけにチェック(レ))

- よく使った  ときどき使った  
 あまり使わなかった  使用しなかった

質問93 今回妊娠してから今まで、マニキュア、ネイルアートをしますか？  
(一つだけにチェック(レ))

- よくした  ときどきした  
 あまりしなかった  しなかった

質問94 今回妊娠してから今まで、ご家庭で染毛剤（ヘアダイ、ヘアカラー）、パーマ液は使っていますか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく使った     | <input type="checkbox"/> ときどき使った |
| <input type="checkbox"/> あまり使わなかった | <input type="checkbox"/> 使用しなかった |

質問95 今回妊娠してから今まで、ヘアサロンで染毛剤（ヘアダイ）、パーマ液は使っていますか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく使った     | <input type="checkbox"/> ときどき使った |
| <input type="checkbox"/> あまり使わなかった | <input type="checkbox"/> 使用しなかった |

質問96 今回妊娠してから今まで、紫外線防護用の日焼け止めクリームは使っていますか？（一つだけにチェック(シ)）

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく使った     | <input type="checkbox"/> ときどき使った |
| <input type="checkbox"/> あまり使わなかった | <input type="checkbox"/> 使用しなかった |

質問97 今回妊娠してから今まで、しらみや疥癬用の薬を使ったことがありますか？

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

H. 現在のあなたのお仕事などについておたずねします(専業主婦の方もご記入ください)。  
職業と生まれてくるお子さまの健康状態との関係を調べます。

質問98 妊娠がわかってから(前回アンケートをご記入いただいてから)あなたの職業は変わりましたか?(一つだけにチェック(し))

変わらない(→質問100へ)

休職中(→質問100へ)

変わった(→質問99へ)

質問99 問98で「変わった」をチェックした方は、以下のリストであてはまる職業(家業に従事する場合を含みます)を1つ選び、しをつけてください。複数の項目にあてはまる場合は、もっとも時間をかけているものを選んでください。

\*なお、1)収入を伴わない仕事(例:PTA役員その他の奉仕的活動、家庭菜園での作業)、  
2)小づかい程度の収入の仕事、3)職業訓練生、4)財産収入(例:預貯金の利子、自己所有の株式配当や売買差益、家具収入)で生活している方の場合、「無職」を選択してください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 管理的職業従事者            | 管理的公務員、法人・団体等役員、法人・団体等管理職員、その他の管理的職業   |
| <input type="checkbox"/> 専門的・技術的職業従事者        | 研究者、農林水産技術者、製造技術者、建築・土木・測量技術者、情報処理通信技術者、その他の技術者、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、医療技術者、その他の保健医療従事者、社会福祉専門職、法務従事者、経営・金融・保険専門職業、教員、宗教家、著述家、記者、編集者、美術家、写真家、デザイナー、音楽家、舞台芸術家、その他の専門的職業 |
| <input type="checkbox"/> 事務従事者               | 一般事務、会計事務、生産関連事務、営業・販売事務、外勤、運輸・郵便事務、事務用機器操作員   |
| <input type="checkbox"/> 販売従事者               | 商品販売、販売類似職業、営業職業   |
| <input type="checkbox"/> サービス職業従事者           | 家庭生活支援サービス、介護サービス、保健医療サービス、生活衛生サービス(理容師、美容師など)、飲食物調理、接客、給仕、居住施設・ビル等管理人、その他のサービス職業従事者   |
| <input type="checkbox"/> 保安職業従事者             | 自衛官、警察官などの司法警察職員、消防員などその他の保安職業従事者  |
| <input type="checkbox"/> 農林漁業従事者             | 農業、林業、漁業従事者  |
| <input type="checkbox"/> 生産工程従事者             | 生産設備制御・監視、機会組立設備・監視、製品製造・加工処理、機械組立、機械整備・修理作業、製品検査、機械検査、生産関連・生産類似作業   |
| <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者          | 鉄道運転、自動車運転、船舶・航空機運転、その他の輸送従事者、定置・建設機械運転  |
| <input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者            | 建設躯体工事、建設従事者、電気工事、土木作業、採掘  |
| <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者        | 運搬従事者、清掃従事者、包装従事者  |
| <input type="checkbox"/> 専業主婦                |  |
| <input type="checkbox"/> 学生・大学院生             |  |
| <input type="checkbox"/> 無職                  |  |
| <input type="checkbox"/> 上記いずれにもあてはまらない職業( ) |  |

1. あなたのお仕事の内容についての質問です。専業主婦のかたもお答え下さい。

質問100 現在の雇用形態は次のどれですか？

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 正社員          | <input type="checkbox"/> 自営、またはその手伝い |
| <input type="checkbox"/> 派遣社員         | <input type="checkbox"/> 専業主婦・休職     |
| <input type="checkbox"/> パート・アルバイト・嘱託 | <input type="checkbox"/> 失業中         |
| <input type="checkbox"/> その他（         | ）                                    |

質問101 労働時間についておたずねします。□に数字をご記入ください。  
(専業主婦の場合、答える必要はありません。)

- |   |   |    |
|---|---|----|
| 1) 平均して週に何日働きますか  | □ | 日  |
| 2) 1日の平均労働時間は何時間ですか？ 残業時間も含めてお答え下さい。  | □ | 時間 |
| 3) 日勤・夜勤等の交代制勤務がある場合についてお聞きます。→ ない場合は次に進んで下さい。<br>日勤時間帯（およそ朝から夕方まで）を除く時間帯に仕事があるのは1か月に何日ですか？ | □ | 日  |

質問102 現在または妊娠した時点で、仕事や趣味・家庭など日常の環境で以下のものがありますか？

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
|-----------------------------|-----------------------------|

「□ある」にチェック(し)した方は、あてはまるすべての項目の□にチェック(し)をつけ、わかる範囲で具体的な内容をお答えください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 約20キロ以上の物を持つ                  |   |
| <input type="checkbox"/> 有機溶剤（シンナーや接着剤など）を使う<br>(物質名：) | ) |
| <input type="checkbox"/> 騒音が激しい<br>(騒音の内容：)            | ) |
| <input type="checkbox"/> 振動工具を扱う<br>(振動工具の内容：)         | ) |
| <input type="checkbox"/> 冷蔵庫や冷凍庫に出入りする                 |   |
| <input type="checkbox"/> 激しく汗をかくような暑い場所で作業をする<br>(内容：) | ) |
| <input type="checkbox"/> 粉じんを扱う<br>(粉じんの種類・内容：)        | ) |

質問103 今回妊娠してから今まで、毎月1回以上、次のもの（a.～u.）をご自分で扱いましたか？

お仕事で、半日以上かけて扱った回数を教えてください。例にしたがって、あてはまる項目の□の1つにチェック(シ)をつけてください。

	いいえ	月1～3回	週1～6回	毎日
例) 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 塩素系漂白剤・殺菌剤（「混ぜるな危険」の表示のあるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 医療用消毒殺菌剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 油性マジック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 水性ペイント・インクジェットプリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 有機溶剤（シンナー、試験・分析・抽出用溶剤、ドライクリーニング用洗剤、染み抜き溶剤、ペイント塗料、除光液（リムーバー）など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. コピー機、レーザープリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. エンジンオイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ホルマリン・ホルムアルデヒド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 抗がん剤（自分の治療薬は除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 病院で手術や検査に用いる全身麻酔薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 殺虫剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 除草剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 上記以外の、または種類がわからない農薬 *名前がわかれば教えてください (→ )				
o. 放射線・放射性物質・アイソトープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. 微生物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. はんだなど鉛を含む製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. 無鉛はんだ（鉛フリーはんだ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. クロム、ヒ素、カドミウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. 水銀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. 染料（毛髪染め）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. そのほか化学物質などの名前がわかれば教えてください (→ )				

質問104 今回妊娠してから今まで、約10キログラム以上の重いもの（子どもさんも含みます）をもつことはありましたか？（一つだけにチェック(レ)）

いいえ  月1～3回  週に1～4日  週に5日以上

質問105 今回妊娠してから今まで、住居や職場は騒音でうるさい環境ですか？

はい  いいえ

質問106 今回妊娠してから今まで、仕事で冷蔵庫や冷凍庫に出入りしましたか？（一つだけにチェック(レ)）

いいえ  月1～3回  週に1～4日  週に5日以上

質問107 今回妊娠してから今まで、激しく汗をかくような暑い場所で仕事をしましたか？（一つだけにチェック(レ)）

いいえ  月1～3回  週に1～4日  週に5日以上

質問108 今回妊娠してから今まで、振動の強い機械（電動芝刈り機、電動のこぎり等）や乗り物・装置をつかいましたか？（一つだけにチェック(レ)）

いいえ  月1～3回  週に1～4日  週に5日以上

質問109 今回妊娠してから今まで、夜10時以降明け方までの時間帯に仕事をするところがありましたか？（一つだけにチェック(レ)）

いいえ  月1～3回  週に1～4日  週に5日以上

質問110 あなたの最終学歴をお答えください。（一つだけにチェック(レ)）

中学  高校  高等専門学校  専門学校  
 短期大学  大学  大学院（修士・博士）

質問111 おなたの夫・パートナーの最終学歴をお答えください（一つだけにチェック(レ)）

中学  高校  高等専門学校  専門学校  
 短期大学  大学  大学院（修士・博士）

質問112 あなたの世帯（家計を同一にしている）の年間収入（税込）を教えてください。（一つだけにチェック(レ)）

200万円未満  200万円以上～400万円未満  
 400万円以上～600万円未満  600万円以上～800万円未満  
 800万円以上～1,000万円未満  1,000万円以上～1,200万円未満  
 1,200万円以上～1,500万円未満  1,500万円以上～2,000万円未満  
 2,000万円以上

質問113 あなたの世帯で収入を得ている人は、あなたを含めて何人いますか。

人

J. あなたの社会的なつながりについておたずねします。

質問114 連絡可能な人で、あなたに愛情や好意を示してくれる人はいますか？

(一つだけにチェック(レ))

- |                                    |                                 |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 常にかない     | <input type="checkbox"/> いる時もある | <input type="checkbox"/> ある程度いる |
| <input type="checkbox"/> ほとんどの時にいる | <input type="checkbox"/> 常にかいる  |                                 |

質問115 あなたは、何か問題を相談したり、難しい決断をするのを助けてくれる、精神的な支えとなる人はいますか？ (一つだけにチェック(レ))

- |                                    |                                 |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 常にかない     | <input type="checkbox"/> いる時もある | <input type="checkbox"/> ある程度いる |
| <input type="checkbox"/> ほとんどの時にいる | <input type="checkbox"/> 常にかいる  |                                 |

質問116 あなたは近しいと感じる、信頼できる人と望む程度の連絡をとっていますか？ (一つだけにチェック(レ))

- |                                    |                                   |                                    |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全くとっていない  | <input type="checkbox"/> まれにとっている | <input type="checkbox"/> ある程度とっている |
| <input type="checkbox"/> ほとんどとっている | <input type="checkbox"/> いつもとっている |                                    |

質問117 気軽に相談事ができる親族や友人は何人いますか？ (一つだけにチェック(レ))

- |                              |                               |                               |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かない | <input type="checkbox"/> 1~2人 | <input type="checkbox"/> 3人以上 |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

質問118 あなたの地域についておたずねします。以下の①~②の文章について、あなたの考えに最もよくあてはまるもの一つを選んでください。

① ご近所の人々は、お互いに信頼し合っている	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかというそう思う <input type="checkbox"/> どちらかというそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない
② ご近所の人々はお互いに助け合っている	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかというそう思う <input type="checkbox"/> どちらかというそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない

質問119 あなたの地域の治安はいいと思いますか (一つだけレ)

- |                               |                                 |                                |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> そう思う | <input type="checkbox"/> そう思わない | <input type="checkbox"/> わからない |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

質問120 たいていの人は信頼できると思いますか？ 下のスケール1～9の当てはまる位置にチェック(し)して下さい。

たいてい 信頼できる	どちらとも いえない				用心するに 越したことはない			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

質問121 たいていの人は他人の役にたとうとしていると思いますか？ それとも自分のことだけ考えていると思いますか？ 下のスケール1～9の当てはまる位置にチェック(し)して下さい。

他人の役に たとうとしている	どちらとも いえない				自分のことだけ 考えている			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

K. あなたの服薬状況についておたずねします。

質問122 今回の妊娠後、薬を飲んだり、注射・点滴を受けていたりしていますか？

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



エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1    T2    0m    1m    6m    1y  
 F

## 食生活に関する質問

ここからしばらく、食事についての質問が続きます。

今回の妊娠に気づいてからの食事について、平均的な頻度や量を答えて下さい。

質問の数も多く、たいへんとは思いますが、ぜひ最後まで記入して下さい。

お願いいたします。また、この「食生活に関する質問」への回答をもとに栄養計算を行います。正確な栄養計算をするため、記入漏れのないよう、重ねてお願いします。

### 最近5年以内に食習慣が大きく変わりましたか？

- 変わらない      1年以内に変わった      1～2年前に変わった      3～5年前に変わった

変わったのはなぜですか？(いくつでもチェック(し)して下さい)

- 病気になったため      検査などで異常があったため      健康にいいと思ったから  
 好みが変わった      その他( )

### つつい食べ過ぎてしまう方ですか？

- はい      いいえ

### 食べる速さはどのくらいですか？

- かなり速い      やや速い      ふつう      やや遅い      かなり遅い

### 「朝食」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満      月に1～3回      週に1～2回      週に3～4回      週に5～6回      毎日食べる

### 「外食」は、どれくらいの頻度でしますか？(店で買った弁当やおにぎりは、外食に数える)

- 月に1回未満      月に1～3回      週に1～2回      週に3～4回      週に5～6回      毎日する

### 「インスタント食品」は、どれくらいの頻度で食べますか？(ラーメン・カップ麺・レトルト食品など)

- 月に1回未満      月に1～3回      週に1～2回      週に3～4回      週に5～6回      毎日食べる

### 油をつかった「炒め物(野菜炒めなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満      月に1～3回      週に1～2回      週に3～4回      週に5～6回      毎日食べる

### 油をつかった「揚げ物(フライ・てんぷらなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満      月に1～3回      週に1～2回      週に3～4回      週に5～6回      毎日食べる

肉のあぶら身をどれくらい食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

ラーメン・うどん・そばの汁をどれくらい飲みますか？

- ほとんど飲まない  3分の1くらい飲む  半分くらい飲む  3分の2くらい飲む  ほとんど全部飲む

食卓で料理に、塩をふる習慣がありますか？

- ない  まれにふる  ときどきふる  たいていふる  いつもふる

食卓で料理に、しょうゆをかける習慣がありますか？

- ない  まれにかける  ときどきかける  たいていかける  いつもかける

一番よくつかう油を選んで1つだけチェック(し)してください。

- サラダ油 (調合油)  サフラワー油 (べに花油)  コーン油  
 大豆油 なたね油・キャノーラ油  オリーブ油  その他

もっとも多い調理方法を1つだけチェック(し)してください。

	なま	煮る	焼く	あげる	炒める	その他
肉類は？	<input type="checkbox"/>					
魚介類は？	<input type="checkbox"/>					
野菜類は？	<input type="checkbox"/>					

ステーキ・焼き肉は、どのような焼き具合で食べることが最も多いですか？

- 生に近い状態 (レア)  やや生に近い状態  中程度 (ミディアム)  ややよく焼けた状態  よく焼けた状態 (ウェルダン)

「焼き魚」は、どのくらいの頻度で食べますか？

- ほとんど食べない  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

「焼き魚」を食べるときに、焦げた部分を食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

あなたの料理の好みはいかがですか？以下についてそれぞれ、いずれかを選んでください。

	好き	普通	嫌い
「こってり」とした料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「からい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「塩加減の濃い味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「すっぱい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お菓子などの甘いものは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
熱い食べ物や飲み物は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「ごはん（米飯）」についておたずねします。

どのくらいの大きさの茶碗で食べますか？

- 小さな茶碗     普通の茶碗（女性用）     普通の茶碗（男性用）     どんぶり

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯食べますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

1日のごはんのうち、玄米の割合は、平均どのくらいですか？

- まげない     3分の1位     半分位     全部

「麦」をまげますか？

- まげない     まれにまげる     ときどきまげる     よくまげる     いつもまげる

「あわ・ひえ」をまげますか？

- まげない     まれにまげる     ときどきまげる     よくまげる     いつもまげる

「みそ汁」についておたずねします。

どのくらいの頻度で飲みますか？

- ほとんど飲まない     月に1～3回     週に1～2回     週に3～4回     週に5～6回     毎日飲む

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯飲みますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

どのような味付けですか？

- かなりうすめ     ややうすめ     ふつう     ややこいめ     かなりこいめ

今回の妊娠に気づいてからの食事について、平均的な頻度や量を答えて下さい。

記入例

もし、あなたが「牛のステーキ」を月に2回くらい食べ、1日に食べる量が「1枚の半分」くらいであれば、次のように記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛ステーキ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
肉焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが「牛のステーキ」をほとんど食べない（月1回未満）なら、次のように記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛ステーキ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
肉焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「目安量」のところには何も記入しないで下さい。

ここからお答えください。

食 品 名		月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
牛 肉	ステーキ	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	焼き物 (焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
豚 肉	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (とんかつなど)	<input type="checkbox"/>	とんかつ用1枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
肉	煮物 (角煮・ <small>沖縄名</small> ラフティなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	汁物 (豚汁・ <small>沖縄名</small> 中味汁など)	<input type="checkbox"/>	うす切り2枚 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	豚レバー (ニラレバ炒めなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
鶏 肉	焼き物 (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり2本 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	5切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮物	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (唐揚げなど)	<input type="checkbox"/>	3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	鳥レバー (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり1本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ロースハム		<input type="checkbox"/>	普通切り1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ウィンナー・ソーセージ		<input type="checkbox"/>	2本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ベーコン		<input type="checkbox"/>	1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ランチョンミート缶詰		<input type="checkbox"/>	8分の1缶 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
牛 乳	低脂肪乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	普通乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
卵		<input type="checkbox"/>	中1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チーズ		<input type="checkbox"/>	スライスチーズ1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ヨーグルト		<input type="checkbox"/>	カップ型1個 (120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

今回の妊娠に気づいてからの食事について、平均的な頻度や量を答えて下さい。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
塩たら・塩ほっけ・塩さけ	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひもの (あじ開きぼしなど)	<input type="checkbox"/>	1枚 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
まぐろ缶詰 (シーチキンフレーク)	<input type="checkbox"/>	4分の1缶 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さけ・ます	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かつお・まぐろ	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ぶり・はまち	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たら・かれい	<input type="checkbox"/>	2分の1切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たい類 (まだい・ <small>沖縄名</small> グルクン・ <small>沖縄名</small> まちなど)	<input type="checkbox"/>	1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あじ・いわし	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さんま・さば	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しらすばし	<input type="checkbox"/>	大さじ2杯 (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たらこ・すじこ・いくら	<input type="checkbox"/>	たらこ4分の1腹 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うなぎ	<input type="checkbox"/>	2分の1串 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いか	<input type="checkbox"/>	さしみ3切れ (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たこ	<input type="checkbox"/>	あし3分の1本 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えび	<input type="checkbox"/>	大正えび2尾 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あさり・しじみ	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たにし	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ちくわ	<input type="checkbox"/>	6分の1本 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かまぼこ	<input type="checkbox"/>	2切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまあげ	<input type="checkbox"/>	4分の1切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## 野菜の目安量（実物大）

1回に食べる量が写真と同じくらいなら『同じ』にチェック(レ)してください。  
写真より多ければ（1.5倍以上）『多い』を、少なければ（半分以下）  
『少ない』にチェック(レ)してください。

---

(イ) にんじん  
4分の1本（50g位）



(ロ) ほうれんそう  
2株（50g位）



(ハ) かぼちゃ  
4～5cm角切り1個（40g位）



(ニ) キャベツ  
中葉2分の1枚（30g位）



(ホ) だいこん  
2cm輪切り1個（80g位）



つぎの野菜は左のページ写真を参考にして、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
にんじん	<input type="checkbox"/>	写真(イ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ほうれんそう	<input type="checkbox"/>	写真(ロ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かぼちゃ	<input type="checkbox"/>	写真(ハ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キャベツ	<input type="checkbox"/>	写真(ニ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
だいこん	<input type="checkbox"/>	写真(ホ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

漬	たくわん	<input type="checkbox"/>	3切れ(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	緑の葉のつけもの (野沢菜・高菜)	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	うめぼし	<input type="checkbox"/>	中1個(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
物	はくさい	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	きゅうり	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	なす	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	かぶ	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ピーマン	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
トマト	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
長ねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1本(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
青ねぎ・わけぎ	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にら	<input type="checkbox"/>	2株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しゅんぎく	<input type="checkbox"/>	3分の1束(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こまつな	<input type="checkbox"/>	1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブロッコリー	<input type="checkbox"/>	3房(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たまねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きゅうり	<input type="checkbox"/>	3分の1本(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なす	<input type="checkbox"/>	1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はくさい	<input type="checkbox"/>	中葉3分の1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごぼう	<input type="checkbox"/>	4分の1本(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もやし	<input type="checkbox"/>	4分の1袋(25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さやいんげん	<input type="checkbox"/>	6さや(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
レタス・ちしゃ	<input type="checkbox"/>	中葉1枚(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
グリーンアスパラガス	<input type="checkbox"/>	1本(15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にんにく	<input type="checkbox"/>	2分の1かけ(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チンゲンサイ (沖縄名パクチョイ)	<input type="checkbox"/>	1株(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からしな(沖縄名シマナー)	<input type="checkbox"/>	2株(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にがうり(沖縄名ゴーヤ)	<input type="checkbox"/>	2分の1本(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ふだんそう(沖縄名ンスバナー)	<input type="checkbox"/>	2株(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
へちま(沖縄名ナーベラ)	<input type="checkbox"/>	1本(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
よもぎ(沖縄名フーチバ)	<input type="checkbox"/>	ひとつかみ(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パパイヤ	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
みかん	<input type="checkbox"/>	2個(140g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
その他かんきつ類 (はっさく・いよかん・オレンジ)	<input type="checkbox"/>	2分の1個(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
リンゴ	<input type="checkbox"/>	2分の1個(85g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かき	<input type="checkbox"/>	2分の1個(80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いちご	<input type="checkbox"/>	5粒(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブドウ	<input type="checkbox"/>	大粒10個(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
メロン	<input type="checkbox"/>	プリンスメロンとして 4分の1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スイカ	<input type="checkbox"/>	8分の1個(120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もも	<input type="checkbox"/>	2分の1個(65g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なし	<input type="checkbox"/>	2分の1個(80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キウイフルーツ	<input type="checkbox"/>	2分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パインアップル	<input type="checkbox"/>	8分の1個(130g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
バナナ	<input type="checkbox"/>	1本(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マンゴー	<input type="checkbox"/>	2分の1個(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1    T2    0m    1m    6m    1y  
 F

今回の妊娠に気づいてからの食事について、平均的な頻度や量を答えて下さい。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
パン類 (菓子パンも含む)	<input type="checkbox"/>	6枚切り1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うどん	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
沖縄そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ラーメン	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (220g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パスタ (スパゲティ・マカロニなど)	<input type="checkbox"/>	1皿分 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そうめん・ひやむぎ	<input type="checkbox"/>	1人前 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もち	<input type="checkbox"/>	市販もち1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
和菓子 (だいいく・まんじゅう)	<input type="checkbox"/>	1個 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケーキ	<input type="checkbox"/>	小ショートケーキ1きれ(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ビスケット・クッキー	<input type="checkbox"/>	クッキー2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チョコレート	<input type="checkbox"/>	板チョコレート1/2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
アイスクリーム	<input type="checkbox"/>	カップ入り1個 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スナック菓子 (ポテトチップスなど)	<input type="checkbox"/>	4分の1袋 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
せんべい	<input type="checkbox"/>	1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごま	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ピーナッツ・落花生	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ20粒 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (みそ汁の具)	<input type="checkbox"/>	角切り5個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (湯豆腐・冷や奴など)	<input type="checkbox"/>	4分の1丁 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ゆしとうふ (おぼろとうふ)	<input type="checkbox"/>	汁わん1杯分 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
高野とうふ・しみとうふ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
生揚げ・厚揚げ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

今回の妊娠に気づいてからの食事について、平均的な頻度や量を答えて下さい。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
あぶらあげ	<input type="checkbox"/>	みそ汁 1 杯分 (2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なっとう	<input type="checkbox"/>	小1カップ (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまいも	<input type="checkbox"/>	6分の1個 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
じゃがいも	<input type="checkbox"/>	3分の1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さといも	<input type="checkbox"/>	1個 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
やまいも・ながいも	<input type="checkbox"/>	8分の1本 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こんにゃく・しらたき	<input type="checkbox"/>	おでん 2 個位 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しいたけ	<input type="checkbox"/>	1 枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えのきだけ	<input type="checkbox"/>	4分の1株 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しめじ	<input type="checkbox"/>	4分の1株 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わかめ・こんぶ	<input type="checkbox"/>	小鉢 1 杯分 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひじき	<input type="checkbox"/>	小鉢 1 杯分 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
のり (焼きのり・味付けのり)	<input type="checkbox"/>	味付けのり 5 枚 (2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

食卓でつかう平均的な頻度や量を答えてください。

パンにつけるバター	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつけるマーガリン	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつける ジャム・マーマレード	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はちみつ	<input type="checkbox"/>	小さじ 1 杯 (7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ドレッシング	<input type="checkbox"/>	大さじ 1 杯 (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マヨネーズ	<input type="checkbox"/>	大さじ 2 分の 1 杯 (7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ソース	<input type="checkbox"/>	小さじ 1 杯 (5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケチャップ	<input type="checkbox"/>	小さじ 1 杯 (5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からし	<input type="checkbox"/>	小さじ 4 分の 1 杯 (1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わさび	<input type="checkbox"/>	小さじ 4 分の 1 杯 (1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうがらし	<input type="checkbox"/>	1 かけ (0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しょうが	<input type="checkbox"/>	小さじ 1 杯 (5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きなこ	<input type="checkbox"/>	大さじ 1 杯 (6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

次の飲み物は、どのくらいの頻度で飲みますか？

飲料名	週に1回未満	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1杯	毎日2~3杯	毎日4~6杯	毎日7~9杯	毎日10杯以上
日本茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
日本茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（豆からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（インスタント）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
トマトジュース	<input type="checkbox"/>								
野菜ジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%オレンジジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%りんごジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%グレープフルーツジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁飲料（100%でないジュース）	<input type="checkbox"/>								
炭酸飲料	<input type="checkbox"/>								
豆乳	<input type="checkbox"/>								
乳酸菌飲料（ヤクルトなど）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（水道水・井戸水）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（市販・浄水器）	<input type="checkbox"/>								

紅茶やコーヒーを飲む時についてお答えください。

砂糖やミルクを入れますか？

		入れない	スプーン 半分	スプーン 1杯	スプーン 2杯	スプーン 3杯以上
紅茶	砂糖	<input type="checkbox"/>				
	ミルク	<input type="checkbox"/>				
コーヒー	砂糖	<input type="checkbox"/>				
	ミルク	<input type="checkbox"/>				

カフェイン抜き(カフェインレス、デカフェ)の紅茶やコーヒーを飲みますか？

	いつも飲む	ときどき 飲む	全く 飲まない	気にしない	わからない
紅茶	<input type="checkbox"/>				
コーヒー	<input type="checkbox"/>				

今回の妊娠に気づいてから、週に1回以上の頻度で続けてとっている健康補助食品はありますか？

ある  ない

健康補助食品ごとに、商品名または種類、頻度、期間を例にならって、記入してください。

ここでの健康補助食品とは、下記のような錠剤や粉末、液体などの形で食事以外に摂取するものを意味します。

〈健康補助食品の一例〉

- ビタミン剤……………総合ビタミン（アリナミンA等）、  
                                ビタミンB群（チョコラBB等）、  
                                ビタミンC（ハイシー等）、  
                                ビタミンE（ユベラックス等）など
- ミネラル剤……………カルシウム、鉄など
- ドリンク剤……………リポビタミンDなど
- 食品からの抽出物…アガリクス、プロポリス、うこん、肝油など

（例）もしもあなたが「ハイシーS」を毎日1回ずつ、8年間、「リポビタミンD」を週に1～2回、2年間飲み続けているのなら、次のように記入してください。

商品名または種類	頻 度						期 間				
	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4回以上	1～2年	3～4年	5～9年	10～19年	20年以上
	ハイシーS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リポビタミンD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*\*\*

商品名または種類	頻 度						期 間				
	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4回以上	1～2年	3～4年	5～9年	10～19年	20年以上
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										

1. あなたご自身のお酒についておたずねします。

一番あてはまる□にチェック(し)をつけてください。

- もともと飲まない     以前は飲んでいましたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた  
 以前は飲んでいましたが、今回の妊娠に気づいて止めた     現在も飲んでいる

2-1. 以前は飲んでいましたが止めた(今回の妊娠に気づく前から、妊娠に気づいてから)人におたずねします。

止めたのは何歳の時ですか。□に数字を記入してください。

□□ 歳

2-2. 現在も飲んでいると答えた人におたずねします。

(1) 今回の妊娠に気づいてから、お酒はどのくらいの頻度で飲みましたか。一番あてはまる□にチェック(し)をつけてください。

- ほとんど飲まなかった     月1～3日     週1～2日     週3～4日  
 週5～6日     毎日飲んでいた

(2) 今回の妊娠に気づいてから、お酒はどのくらいの量飲みましたか。

1日に飲むもっとも普通の組み合わせを選んで、あてはまる□にチェック(し)してください。

(例) ふだんビールを1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら、ビールの「1本」と日本酒の「2合」にチェック(し)し、焼酎・泡盛、ウイスキー、ワインは「飲まない」にチェック(し)をつけてください。

日本酒    1合 (180ml)

- 飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

焼酎・泡盛    1合 (180ml)

- 飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

※ビール大ビン    1本 (633ml)

- 飲まない     0.5本未満     1本     2本     3本     4本     5～6本     7本以上

ウイスキー    シングル (30ml)

- 飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

ワイン    グラス (60ml)

- 飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

※中ビンまたは500ml缶を0.8本、小ビンまたは350ml缶を0.6本と換算してください。

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。



お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

## 薬剤インタビュー票

本質問票は、エコチル調査のスタッフが記入します。

質問1. 妊娠されてから、薬を飲んでいましたか。または点滴、注射などの投与、あるいは外用薬の処方をしていましたか？

はい

いいえ

質問2. (質問1で「はい」と答えた人) インタビュアーの説明に従って、妊娠されてから今までに服用されていた薬を具体的に教えてください。

\*量は問いません。下剤、便秘薬、浣腸はここに含めないでください。  
すべての薬剤とサプリメントを含めてください。

(1) 妊娠判明～妊娠およそ12週目までの期間

※妊娠前期調査でお答えいただいた方は(1)にはお答えいただくことなく結構です。

①	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	③	<input type="text"/>	④	<input type="text"/>	⑤	<input type="text"/>
⑥	<input type="text"/>	⑦	<input type="text"/>	⑧	<input type="text"/>	⑨	<input type="text"/>	⑩	<input type="text"/>

(2) 妊娠12週目から現在までの期間

①	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	③	<input type="text"/>	④	<input type="text"/>	⑤	<input type="text"/>
⑥	<input type="text"/>	⑦	<input type="text"/>	⑧	<input type="text"/>	⑨	<input type="text"/>	⑩	<input type="text"/>

【インタビューー】

施設登録番号：    施設名： \_\_\_\_\_

記入者：  医師  看護師・助産師  RC  事務職員

記入日：西暦    年   月   日

氏名（自署）： \_\_\_\_\_

# 薬 剤 リ ス ト

## 抗細菌、ウイルス薬、抗真菌薬、抗がん剤

- 00 すべての抗菌薬
- 01 すべての抗ウイルス薬
- 02 すべての抗真菌薬
- 03 あらゆる抗がん剤

## ステロイド類

- 04 ステロイド：内服、吸入、または注射によって投与されたもの(プレドニンなど。また、ベクロメタゾンなど、喘息予防薬としてのステロイドを含む)
- 05 ステロイド：外用、注腸(潰瘍性大腸炎など)

## 解熱・鎮痛薬

- 06 病院で処方された解熱・鎮痛・感冒薬
- 07 市販されている解熱・鎮痛・感冒薬
- 08 鎮痛剤の含まれている湿布薬

## 抗リウマチ薬

- 09 免疫抑制薬、免疫調整薬
- 10 レミケード、エンブレル
- 11 詳細不明の抗リウマチ薬

## 抗アレルギー薬、呼吸器薬

- 12 抗アレルギー薬(内服、吸入、点鼻のほか、ホクナリンのようなテープ、抗ヒスタミン薬を含む)
- 13  $\beta$ 刺激薬(内服、吸入)
- 14 判別不能の吸入薬(ステロイドの含有の有無を確認すること。ステロイドが明らかであれば04へ)
- 15 鎮咳薬、去痰薬
- 16 テオフィリン薬(テオドールなど)
- 17 その他の呼吸器薬

## 糖尿病薬、抗高脂血症薬

- 21 インスリン製剤(ノボラピッド、ヒューマカートなど)
- 22 血糖降下薬(アマリール、オイグルコンなど)
- 23 抗高脂血症薬
- 24 痛風治療薬

## ホルモン剤

- 25 甲状腺ホルモン製剤(チラーヂン)
- 26 抗甲状腺ホルモン薬(メルカゾール)
- 27 その他のホルモン剤(ピルを含む)

## 血液関連薬

- 28 鉄剤(フェロミア、フェログラデュメットなど)
- 29 その他の血液関連薬

## 循環器薬

- 31 降圧薬(利尿剤も含む)
- 32 昇圧薬
- 33 抗不整脈薬、狭心症治療薬
- 34 心不全治療薬
- 35 その他の循環器薬

## 消化器治療薬

- 36 抗潰瘍薬(PPI、H2ブロッカー)
- 37 一般的な「胃腸薬」
- 38 その他の消化器治療薬

## 向精神薬

- 41 SSRI (ルボックス、デプロメール、パキシル、ジェイゾロフト)
- 42 SSRI 以外の抗うつ薬(三環系、四環系、SNRIなど)
- 43 抗不安薬(ランドセン、リボトリールを含む)
- 44 睡眠薬
- 45 抗精神病薬
- 46 バルプロ酸(デパケン、デパケンR、セレニカR、バレリン)
- 47 上記以外の抗けいれん薬(テグレトール、テレスミン、アレピアチン、フェノバル、オスボロット、ヒダントールD/E/F、ベグタミンA/B、トピナ、ガバペンを含む)
- 48 リーマス、炭酸リチウム
- 49 その他の向精神薬

## 産科で用いられる特殊な薬剤

- 51 子宮弛緩薬(ウテメリンなど)
- 52 子宮収縮薬
- 53 排卵誘発剤(クロミッド製剤、HMG、HCG製剤を含む)
- 54 その他の産科で用いられる特殊な薬剤

## その他の薬剤

- 61 麻酔薬、「ブロック注射」
- 62 漢方薬
- 63 外用薬(湿布、軟膏などのうち、内容を特定できない場合のみ)
- 64 注射、点滴(内容を特定できない場合のみ。「ステロイドの点滴」など、内容が明らかであれば、その薬剤のみコードし、64はコードしない)
- 65 骨・カルシウム代謝薬(活性化ビタミン D製剤、ビスホスホネート製剤、カルシトニン製剤など)
- 66 偏頭痛治療薬(イミグラン、エルゴタミン製剤など)
- 67 筋弛緩薬(ミオナールなど)
- 68 制吐剤(プリンペラン、ナウゼリンなど)
- 69 抗パーキンソン薬
- 70 痔などの外用薬

## サプリメント類

- 71 ビタミンA
- 72 ビタミンB類
- 73 ビタミンC
- 74 ビタミンD
- 75 ビタミンE
- 76 葉酸
- 77 微量金属
- 78 総合ビタミンサプリメント
- 79 総合サプリメント

- 80 マリファナ
- 81 覚醒剤
- 82 エクスタシー
- 83 シンナー
- 84 トルエン
- 85 その他の違法薬物

- 98 該当なし (上記リストに含まれない)
- 99 わからない

## 質問票ご記入のお願い

このたびは、環境省エコチル調査にご参加をいただきありがとうございます。

エコチル調査では、さまざまな環境要因がお子さまの成長や発達におよぼす影響を調べるため、全国で10万人の子どもたちの健康状態を13歳に達するまで継続的に調べます。

調査から得られた結果は、これから生まれ、育っていく日本の子どもたちに、よりよい環境を与えるための基礎データとして、大切に活用させていただくものです。

信頼できるデータを得るためには、お子さまの健康状態や、お子さまの成育環境、お母さまやお父さまの健康状態や生活状況について正確に教えていただき、その結果を科学的に分析する必要があります。

お寄せいただくご回答や個人情報は、エコチル調査の目的にのみ利用し、それぞれの方が、どのようなご回答をされたかは、直接顔を合わせる医師や看護師には分からないようになっています。なお、ご回答が届かない、ご記入いただいた内容が読み取れないなどの場合には、エコチル調査の担当者からご確認の連絡を入れさせていただくことがありますのでご了承ください。

### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがってご回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は30分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 回答はシャープペンHBあるいは黒のボールペンで記入してください。
4. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ、封をして医療機関に提出するか、封をして郵送してください。

※この調査についてのお問い合わせ先



エコチル調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。

□ お父さまのお名前、ご住所、生年月日等をご記入ください。

【記入日】西暦 20 年 月 日

①お名前：ふりがな                 
氏     名

②生年月日： 西暦     年   月   日

③現在お住まいのご住所： 〒    -

  

④自宅電話番号：             \*市外局番からご記入ください。  
例) 075-XXX-XXXX

⑤携帯電話番号：

⑥携帯メール：

⑦P C メール：

お父さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

(ご注意) 回答したくない質問があった場合には、その質問番号に×印をつけてください。

A. あなたの健康状態についておたずねします。あてはまる項目の□にチェック(し)をつけてください。選択肢がない場合は□内に数字をご記入ください。

質問1 あなたの身長と体重を教えてください。

身長 □□□ . □ cm 体重 □□□ . □ kg

質問2 あなたは過去一年間に、治療のために薬を飲んだり、注射・点滴を受けていたりしていますか？

はい  いいえ

質問3 下記の病気の中で、あなたが生まれてから今まで医師から診断を受けた病名があれば教えてください。あてはまる病名すべての□にチェックをつけてください。

<心臓、脳、血管の病気>

貧血  高血圧  高脂血症  脳卒中 (脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)  
 心筋梗塞・狭心症  先天性心疾患  川崎病  その他の心臓、脳、血管の病気

<アレルギーや耳鼻科の病気>

気管支ぜん息  アレルギー性鼻炎・花粉症  慢性副鼻腔炎  
 慢性中耳炎  アトピー性皮膚炎  アレルギー性結膜炎  
 食物アレルギー  薬疹・薬剤アレルギー  じんましん  
 接触性皮膚炎  シックハウス症候群  化学物質過敏症  
 その他のアレルギーや耳鼻科の病気

<膠原病<sup>こうげん</sup>や免疫の病気>

膠原病<sup>こうげん</sup>  自己免疫性疾患  全身性エリテマトーデス  リウマチ  
 その他の膠原病<sup>こうげん</sup>や免疫の病気

<内分泌系の病気>

1型糖尿病 (インスリン注射を最初から必要とするタイプ)  2型糖尿病  
 甲状腺機能亢進症・バセドウ氏病  甲状腺機能低下症・橋本病  
 その他の内分泌系の病気

<神経・精神の病気>

うつ病  自律神経失調症  
 不安障害 (不安神経症、恐怖症、パニック障害、対人恐怖、強迫性障害を含む)  
 統合失調症  てんかん  偏頭痛  
 髄膜炎  水頭症  その他の神経・精神の病気

(次ページに続く)

<消化器・肝臓・膵臓などの病気>

- 逆流性食道炎     胃炎     胃潰瘍     十二指腸潰瘍     過敏性腸症候群  
 クローン病     潰瘍性大腸炎     脂肪肝     B型肝炎  
 C型肝炎     その他肝炎     胆石     膵炎  
 その他の消化器・肝臓・膵臓などの病気

<腎臓の病気>

- 慢性腎炎（IgA腎症、糸球体腎炎）     ネフローゼ症候群     その他の腎臓の病気

<眼科の病気>

- 近視     先天性緑内障     角膜混濁     視神経萎縮  
 その他の眼科の病気

<骨や筋肉の病気>

- 先天性股関節脱臼     脊椎側彎症<sup>そくわん</sup>     その他の骨や筋肉の病気

<がん>

- 胃がん     大腸がん     血液のがん（白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫）  
 その他の部位

<発達障害>

- 注意欠陥、多動性障害（ADHD）     学習障害（LD）  
 アスペルガー症候群など広汎性発達障害（PDD）     その他の発達障害

質問4 **過去1年間**に、以下の病気にかかったことがありますか？

はしか（麻疹）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
風疹	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
結核	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問5 過去に予防接種（ワクチン）を受けて、副反応（強い発熱、発疹、アナフィラキシー反応など）がありましたか？

- はい     いいえ

質問6 輸血を受けたことがありますか？

- はい     いいえ

B. あなたの最近の気分についておたずねします。

質問7 次の質問では、過去1ヶ月の間、あなたがどのように感じていたかについておたずねします。それぞれの質問に対して、そういう気持ちをどれくらいの頻度で感じていたか、一番当てはまる口にチェック(し)をつけてください。

過去1ヶ月の間にどれくらいしばしば…	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
① 神経過敏に感じましたか	<input type="checkbox"/>				
② 絶望的だと感じましたか	<input type="checkbox"/>				
③ そわそわしたり、落ち着き無く感じましたか	<input type="checkbox"/>				
④ 気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	<input type="checkbox"/>				
⑤ 何をするのも骨折りだと感じましたか	<input type="checkbox"/>				
⑥ 自分は価値のない人間だと感じましたか	<input type="checkbox"/>				

C. あなたご自身の健康状態についておたずねします。以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまる箇所の口にチェック(し)をつけてください。

質問8 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか？

<input type="checkbox"/> 最高に良い	<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い
<input type="checkbox"/> あまり良くない	<input type="checkbox"/> 良くない	<input type="checkbox"/> ぜんぜん良くない

質問9 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> 体を使う日常活動ができなかった	

質問10 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> いつもの仕事ができなかった	

質問11 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜんなかった	<input type="checkbox"/> かすかな痛み	<input type="checkbox"/> 軽い痛み
<input type="checkbox"/> 中くらいの痛み	<input type="checkbox"/> 強い痛み	<input type="checkbox"/> 非常に激しい痛み

質問12 過去1ヵ月間に、どのくらい元気でしたか？

<input type="checkbox"/> 非常に元気だった	<input type="checkbox"/> かなり元気だった	<input type="checkbox"/> 少し元気だった
<input type="checkbox"/> わずかに元気だった	<input type="checkbox"/> 元気でなかった	

質問13 過去1カ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> つきあいができなかった	

質問14 過去1カ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん悩まされなかった	<input type="checkbox"/> わずかに悩まされた	<input type="checkbox"/> 少し悩まされた
<input type="checkbox"/> かなり悩まされた	<input type="checkbox"/> 非常に悩まされた	

質問15 過去1カ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> 日常活動ができなかった	

D. あなたの性格についておたずねします。

質問16 ①～⑩のそれぞれについて、あなたにもっともよくあてはまる箇所の□にチェック(し)をつけてください。(あまり長く考えずに、できるだけ早く選んでください。)

	確かに そうだ	少 少 し ちがう	少 少 し ちがう	確かに ちがう
① 私は物事を自分一人よりも他の人とすることを好む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 他の人たちは、私が言ったことをよく失礼だと言う、たとえ私がそれは丁寧だと思ってい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 私は、もし追求することができないと当惑してしまう、とても強い興味をもつ傾向がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 私は物語を読んでいる時に、登場人物の意図を理解するのが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 私は、博物館よりはむしろ劇場に行きたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 私は、しばしば冗談の意味をわかるのが最後になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 私は、人の顔を見るだけで、その人が考えていることや感じていることが容易にわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 私は、物事のカテゴリーについての情報を集めるのが好きだ(例えば、自動車、鳥、電車、植物の種類など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 誰か他の人だったらどうだろうと想像することは、私には難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 私は、人の意図をわかるのがむずかしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. 喫煙についておたずねします。あてはまる項目の□にチェック(シ)をつけ、□内にあてはまる数字をご記入ください。

質問17 あなたご自身の喫煙についてお答えください。

<input type="checkbox"/>	喫煙したことはない		
<input type="checkbox"/>	妻・パートナーの妊娠に気がつく前から止めていた		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
			吸うのを止めた年齢は？
			<input type="text"/> <input type="text"/>
			歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	妻・パートナーの妊娠に気づいて止めた		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	喫煙を続けている		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本

質問18 あなたは現在、家の中や仕事場、外出先の屋内で、他の人が吸ったタバコの煙を吸う機会が一週間のうち、どれくらいありますか？（一つだけ□にチェック(シ)）

<input type="checkbox"/>	ほとんどない（→質問20へ）							
<input type="checkbox"/>	週1日くらい	<input type="checkbox"/>	週2～3日	<input type="checkbox"/>	週4～6日	<input type="checkbox"/>	毎日	（→質問18-1へ）

質問18-1 そのような場合、他の人が吸ったタバコの煙を、あなたが吸う時間は1日のうち、どれくらいでしたか？（一つだけ□にチェック(シ)をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	1時間未満	<input type="checkbox"/>	1～2時間くらい	<input type="checkbox"/>	3時間以上
--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	-------

F. 現在のあなたのご職業をおたずねします。お父さまの職業と赤ちゃんの健康状態との関係を調べます。

質問20 以下のリストであてはまる職業（家業に従事する場合を含みます）を大分類、小分類からそれぞれ1つ選び、にチェック(シ)をつけてください。複数の項目にあてはまる場合は、もっとも時間をかけているものを選んでください。

・パートナーが妊娠したときと現在の職業が同じ場合も・パートナーが妊娠してから退職または転職した場合も「妊娠したとき」と「現在」の両方にチェック(シ)をつけてください。

\*なお、1) 収入を伴わない仕事（例：PTA役員その他の奉仕的活動、家庭菜園での作業）、  
2) 小づかい程度の収入の仕事、3) 職業訓練生、4) 財産収入（例：預貯金の利子、自己所有の株式配当や売買差益、家賃収入）で生活している方の場合、「無職」を選択してください。

質問20-1 パートナーが妊娠したときの職種と職業をお答えください。

大 分 類	小 分 類		
<input type="checkbox"/> 管理的職業従事者	<input type="checkbox"/> 管理的公務員 <input type="checkbox"/> 法人・団体等管理職員	<input type="checkbox"/> 法人・団体等役員 <input type="checkbox"/> その他の管理的職業	
<input type="checkbox"/> 専門的・ 技術的職業従事者	<input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> 建築・土木・測量技術者 <input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉専門職 <input type="checkbox"/> 教 員 <input type="checkbox"/> 記 者 <input type="checkbox"/> 写真家 <input type="checkbox"/> 舞台芸術家	<input type="checkbox"/> 農林水産技術者 <input type="checkbox"/> 情報処理・通信技術者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医療技術者 <input type="checkbox"/> 法務従事者 <input type="checkbox"/> 宗教家 <input type="checkbox"/> 編集者 <input type="checkbox"/> デザイナー <input type="checkbox"/> その他の専門的職業	<input type="checkbox"/> 製造技術者 <input type="checkbox"/> その他の技術者 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他の保健医療従事者 <input type="checkbox"/> 経営・金融・保険専門職業 <input type="checkbox"/> 著述家 <input type="checkbox"/> 美術家 <input type="checkbox"/> 音楽家
<input type="checkbox"/> 事務従事者	<input type="checkbox"/> 一般事務 <input type="checkbox"/> 営業・販売事務 <input type="checkbox"/> 事務用機器操作員	<input type="checkbox"/> 会計事務 <input type="checkbox"/> 外 勤 <input type="checkbox"/> その他の事務従事者	<input type="checkbox"/> 生産関連事務 <input type="checkbox"/> 運輸・郵便事務
<input type="checkbox"/> 販売従事者	<input type="checkbox"/> 商品販売 <input type="checkbox"/> その他の販売従事者	<input type="checkbox"/> 販売類似職業	<input type="checkbox"/> 営業職業
<input type="checkbox"/> サービス職業従事者	<input type="checkbox"/> 家庭生活支援サービス <input type="checkbox"/> 生活衛生サービス（理容師、美容師など） <input type="checkbox"/> 接客・給仕	<input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 居住施設・ビル等管理人	<input type="checkbox"/> 保健医療サービス <input type="checkbox"/> 飲食物調理 <input type="checkbox"/> その他のサービス職業従事者
<input type="checkbox"/> 保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 自衛官 <input type="checkbox"/> 消防員などその他の保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 警察官などの司法警察職員	
<input type="checkbox"/> 農林漁業従事者	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 林業	<input type="checkbox"/> 漁業従事者
<input type="checkbox"/> 生産工程従事者	<input type="checkbox"/> 生産設備制御・監視 <input type="checkbox"/> 機械組立 <input type="checkbox"/> 機械検査	<input type="checkbox"/> 機械組立設備制御・監視 <input type="checkbox"/> 機械整備・修理作業 <input type="checkbox"/> 生産関連・生産類似作業	<input type="checkbox"/> 製品製造・加工処理 <input type="checkbox"/> 製品検査 <input type="checkbox"/> その他の生産工程従事者

大 分 類	小 分 類		
<input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者	<input type="checkbox"/> 鉄道運転 <input type="checkbox"/> その他の輸送従事者	<input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 定置・建設機械運転	<input type="checkbox"/> 船舶・航空機運転
<input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者	<input type="checkbox"/> 建設解体工事 <input type="checkbox"/> 土木作業	<input type="checkbox"/> 建設従事者 <input type="checkbox"/> 採 掘	<input type="checkbox"/> 電気工事 <input type="checkbox"/> その他の建設・採掘従事者
<input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者	<input type="checkbox"/> 運搬従事者	<input type="checkbox"/> 清掃従事者	<input type="checkbox"/> 包装従事者
<input type="checkbox"/> 専業主夫			
<input type="checkbox"/> 学生・大学院生			
<input type="checkbox"/> 無 職			
<input type="checkbox"/> 上記いずれにもあてはまらない職業（ ）			

質問20-2 現在の職種と職業をお答えください。

大 分 類	小 分 類		
<input type="checkbox"/> 管理的職業従事者	<input type="checkbox"/> 管理的公務員 <input type="checkbox"/> 法人・団体等管理職員	<input type="checkbox"/> 法人・団体等役員 <input type="checkbox"/> その他の管理的職業	
<input type="checkbox"/> 専門的・ 技術的職業従事者	<input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> 建築・土木・測量技術者 <input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉専門職 <input type="checkbox"/> 教 員 <input type="checkbox"/> 記 者 <input type="checkbox"/> 写真家 <input type="checkbox"/> 舞台芸術家	<input type="checkbox"/> 農林水産技術者 <input type="checkbox"/> 情報処理・通信技術者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医療技術者 <input type="checkbox"/> 法務従事者 <input type="checkbox"/> 宗教家 <input type="checkbox"/> 編集者 <input type="checkbox"/> デザイナー <input type="checkbox"/> その他の専門的職業	<input type="checkbox"/> 製造技術者 <input type="checkbox"/> その他の技術者 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他の保健医療従事者 <input type="checkbox"/> 経営・金融・保険専門職業 <input type="checkbox"/> 著述家 <input type="checkbox"/> 美術家 <input type="checkbox"/> 音楽家
<input type="checkbox"/> 事務従事者	<input type="checkbox"/> 一般事務 <input type="checkbox"/> 営業・販売事務 <input type="checkbox"/> 事務用機器操作員	<input type="checkbox"/> 会計事務 <input type="checkbox"/> 外 勤 <input type="checkbox"/> その他の事務従事者	<input type="checkbox"/> 生産関連事務 <input type="checkbox"/> 運輸・郵便事務
<input type="checkbox"/> 販売従事者	<input type="checkbox"/> 商品販売 <input type="checkbox"/> その他の販売従事者	<input type="checkbox"/> 販売類似職業	<input type="checkbox"/> 営業職業
<input type="checkbox"/> サービス職業従事者	<input type="checkbox"/> 家庭生活支援サービス <input type="checkbox"/> 生活衛生サービス（理容師、美容師など） <input type="checkbox"/> 接客・給仕	<input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 居住施設・ビル等管理人	<input type="checkbox"/> 保健医療サービス <input type="checkbox"/> 飲食物調理 <input type="checkbox"/> その他のサービス職業従事者
<input type="checkbox"/> 保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 自衛官 <input type="checkbox"/> 消防員などその他の保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 警察官などの司法警察職員	
<input type="checkbox"/> 農林漁業従事者	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 林業	<input type="checkbox"/> 漁業従事者

大 分 類	小 分 類		
<input type="checkbox"/> 生産工程従事者	<input type="checkbox"/> 生産設備制御・監視	<input type="checkbox"/> 機械組立設備制御・監視	<input type="checkbox"/> 製品製造・加工処理
	<input type="checkbox"/> 機械組立	<input type="checkbox"/> 機械整備・修理作業	<input type="checkbox"/> 製品検査
	<input type="checkbox"/> 機械検査	<input type="checkbox"/> 生産関連・生産類似作業	<input type="checkbox"/> その他の生産工程従事者
<input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者	<input type="checkbox"/> 鉄道運転	<input type="checkbox"/> 自動車運転	<input type="checkbox"/> 船舶・航空機運転
	<input type="checkbox"/> その他の輸送従事者	<input type="checkbox"/> 定置・建設機械運転	
<input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者	<input type="checkbox"/> 建設解体工事	<input type="checkbox"/> 建設従事者	<input type="checkbox"/> 電気工事
	<input type="checkbox"/> 土木作業	<input type="checkbox"/> 採 掘	<input type="checkbox"/> その他の建設・採掘従事者
<input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者	<input type="checkbox"/> 運搬従事者	<input type="checkbox"/> 清掃従事者	<input type="checkbox"/> 包装従事者
<input type="checkbox"/> 専業主夫			
<input type="checkbox"/> 学生・大学院生			
<input type="checkbox"/> 無 職			
<input type="checkbox"/> 上記いずれにもあてはまらない職業（ ）			

質問20-3 現在の雇用形態は次のどれですか？

<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 自営、またはその手伝い
<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> 専業主夫・休職
<input type="checkbox"/> パート・アルバイト・嘱託	<input type="checkbox"/> 失業中
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

質問20-4 労働時間についておたずねします。（専業主夫の場合、答える必要はありません）

1) 平均して週に何日働きますか	<input type="text"/> 日
2) 1日の平均労働時間は何時間ですか？ 残業時間も含めてお答え下さい。	<input type="text"/> 時間
3) 日勤・夜勤等の交代制勤務がある場合についてお聞きします。→ ない場合は次に進んで下さい。 日勤時間帯（およそ朝から夕方まで）を除く時間帯に仕事があるのは1カ月に何日ですか？	<input type="text"/> 日

質問21 現在または奥様が妊娠した時点で、仕事や趣味・家庭など日常の環境で以下のものがありますか？

- ない  ある

「 ある」にチェック(し)のある方は、あてはまるすべての項目の□にチェック(し)をつけ、わかる範囲で具体的な内容をお答え下さい。

- 約20キロ以上の物を持つ
- 有機溶剤（シンナーや接着剤など）を使う  
(物質名： )
- 騒音が激しい  
(騒音の内容： )
- 振動工具を扱う  
(振動工具の内容： )
- 冷蔵庫や冷凍庫に出入りする
- 激しく汗をかくような暑い場所で作業をする  
(内容： )
- 粉じんを扱う  
(粉じんの種類・内容： )

質問22 パソコンやオンライン端末などの使用時間をお尋ねします。  
(一つだけ選んで□にチェック(し)をつけてください。)

- ほとんど使用しない
- 週に数回使用する
- 電子メールの送受信や文章の作成、データ検索（ネット）などを毎日4時間未満（データや文書などの単純入力作業の場合は毎日2時間未満）
- 電子メールの送受信や文章の作成、データ検索（ネット）などを毎日4時間以上（データや文書などの単純入力作業の場合は毎日2時間以上4時間未満）
- データや文書などの単純入力作業を毎日4時間以上

質問23 夜10時以降明け方までの時間帯に仕事をすることがありますか？  
(一つだけ選んで□にチェック(し)をつけてください。)

- いいえ  月1～3日  週1～4日  週5日以上

質問24 パートナーの妊娠が判明するまでの約3ヶ月間に、次のもの (a~w.) をご自分で扱いましたか？

お仕事で、半日以上かけて扱った回数を教えてください。例にしたがって、当てはまる項目の口の1つにチェック(し)をつけてください。

	いいえ	月1~3回	週1~6回	毎日
例) 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 塩素系漂白剤・殺菌剤 (「混ぜるな危険」の表示のあるもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 医療用消毒殺菌剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 油性マジック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 水性ペイント・インクジェットプリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 有機溶剤 (シンナー、試験・分析・抽出用溶剤、ドライクリーニング用洗剤、染み抜き溶剤、ペイント塗料、除光液 (リムーバー) など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. コピー機、レーザープリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. エンジンオイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ホルマリン・ホルムアルデヒド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 抗がん剤 (自分の治療薬は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 病院で手術や検査に用いる全身麻酔薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 殺虫剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 除草剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 上記以外の、または種類がわからない農薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nの名前がわかれば教えてください (→ )				
o. 放射線・放射性物質・アイソトープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. 微生物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. はんだなど鉛を含む製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. 無鉛はんだ (鉛フリーはんだ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. クロム、ヒ素、カドミウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. 水銀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. 染料 (毛髪染め)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. 溶接時に発生するガス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. そのほか化学物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wの名前がわかれば教えてください (→ )				

エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1  T2  0m  1m  6m  1y  
 F

## 食生活に関する質問

ここからしばらく、食事についての質問が続きます。

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を答えてください。

質問の数も多く、たいへんとは思いますが、ぜひ最後まで記入して下さい、お願いいたします。また、この「食生活に関する質問」への回答をもとに栄養計算を行います。正確な栄養計算をするため、記入漏れのないよう、重ねてお願いします。

### 最近5年以内に食習慣が大きく変わりましたか？

- 変わらない  1年以内に変わった  1～2年前に変わった  3～5年前に変わった

変わったのはなぜですか？(いくつでもチェック(し)して下さい)

- 病気になったため  検査などで異常があったため  健康にいいと思ったから  
 好みが変わった  その他( )

### つつい食べ過ぎてしまう方ですか？

- はい  いいえ

### 食べる速さはどのくらいですか？

- かなり速い  やや速い  ふつう  やや遅い  かなり遅い

### 「朝食」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 「外食」は、どれくらいの頻度でしますか？(店で買った弁当やおにぎりは、外食に数える)

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日する

### 「インスタント食品」は、どれくらいの頻度で食べますか？(ラーメン・カップ麺・レトルト食品など)

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 油をつかった「炒め物(野菜炒めなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 油をつかった「揚げ物(フライ・てんぷらなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

肉のあぶら身をどれくらい食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

ラーメン・うどん・そばの汁をどれくらい飲みますか？

- ほとんど飲まない  3分の1くらい飲む  半分くらい飲む  3分の2くらい飲む  ほとんど全部飲む

食卓で料理に、塩をふる習慣がありますか？

- ない  まれにふる  ときどきふる  たいていふる  いつもふる

食卓で料理に、しょうゆをかける習慣がありますか？

- ない  まれにかける  ときどきかける  たいていかける  いつもかける

一番よくつかう油を選んで1つだけチェック(し)してください。

- サラダ油(調合油)  サフラワー油(べに花油)  コーン油  
 大豆油  なたね油・キャノーラ油  オリーブ油  その他

もっとも多い調理方法を1つだけチェック(し)してください。

	なま	煮る	焼く	あげる	炒める	その他
肉類は？	<input type="checkbox"/>					
魚介類は？	<input type="checkbox"/>					
野菜類は？	<input type="checkbox"/>					

ステーキ・焼き肉は、どのような焼き具合で食べることが最も多いですか？

- 生に近い状態(レア)  やや生に近い状態  中程度(ミディアム)  ややよく焼けた状態  よく焼けた状態(ウェルダン)

「焼き魚」は、どのくらいの頻度で食べますか？

- ほとんど食べない  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

「焼き魚」を食べるときに、焦げた部分を食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

あなたの料理の好みはいかがですか？以下についてそれぞれ、いずれかを選んでください。

	好き	普通	嫌い
「こってり」とした料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「からい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「塩加減の濃い味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「すっぱい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お菓子などの甘いものは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
熱い食べ物や飲み物は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「ごはん（米飯）」についておたずねします。

どのくらいの大きさの茶碗で食べますか？

- 小さな茶碗     普通の茶碗（女性用）     普通の茶碗（男性用）     どんぶり

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯食べますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

1日のごはんのうち、玄米の割合は、平均どのくらいですか？

- まぜない     3分の1位     半分位     全部

「麦」をまぜますか？

- まぜない     まれにまぜる     ときどきまぜる     よくまぜる     いつもまぜる

「あわ・ひえ」をまぜますか？

- まぜない     まれにまぜる     ときどきまぜる     よくまぜる     いつもまぜる

「みそ汁」についておたずねします。

どのくらいの頻度で飲みますか？

- ほとんど飲まない     月に1～3日     週に1～2日     週に3～4日     週に5～6日     毎日飲む

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯飲みますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

どのような味付けですか？

- かなりうすめ     ややうすめ     ふつう     ややこいめ     かなりこいめ

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

記入例

もし、あなたが「牛のステーキ」を月に2回くらい食べ、1日に食べる量が「1枚の半分」くらいであれば、次のように記入してください。

食品名		月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛	ステーキ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
肉	焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが「牛のステーキ」をほとんど食べない（月1回未満）なら、次のように記入してください。

食品名		月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛	ステーキ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
肉	焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「目安量」のところには何も記入しないで下さい。

ここからお答えください。

食 品 名		月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
牛 肉	ステーキ	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	焼き物 (焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
豚 肉	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (とんかつなど)	<input type="checkbox"/>	とんかつ用1枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
肉	煮物 (角煮・ <small>沖縄名</small> ラフティなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	汁物 (豚汁・ <small>沖縄名</small> 中味汁など)	<input type="checkbox"/>	うす切り2枚 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	豚レバー (ニラレバ炒めなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
鶏 肉	焼き物 (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり2本 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	5切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮物	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (唐揚げなど)	<input type="checkbox"/>	3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	鳥レバー (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり1本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ロースハム		<input type="checkbox"/>	普通切り1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ウィンナー・ソーセージ		<input type="checkbox"/>	2本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ベーコン		<input type="checkbox"/>	1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ランチョンミート缶詰		<input type="checkbox"/>	8分の1缶 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
牛 乳	低脂肪乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	普通乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
卵		<input type="checkbox"/>	中1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チーズ		<input type="checkbox"/>	スライスチーズ1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ヨーグルト		<input type="checkbox"/>	カップ型1個 (120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
塩たら・塩ほっけ・塩さけ	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひもの (あじ開きぼしなど)	<input type="checkbox"/>	1枚 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
まぐろ缶詰 (シーチキンフレーク)	<input type="checkbox"/>	4分の1缶 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さけ・ます	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かつお・まぐろ	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ぶり・はまち	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たら・かれい	<input type="checkbox"/>	2分の1切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たい類 (まだい・ <small>沖縄名</small> グルクン・ <small>沖縄名</small> まちなど)	<input type="checkbox"/>	1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あじ・いわし	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さんま・さば	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しらすばし	<input type="checkbox"/>	大さじ2杯 (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たらこ・すじこ・いくら	<input type="checkbox"/>	たらこ4分の1腹 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うなぎ	<input type="checkbox"/>	2分の1串 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いか	<input type="checkbox"/>	さしみ3切れ (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たこ	<input type="checkbox"/>	あし3分の1本 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えび	<input type="checkbox"/>	大正えび2尾 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あさり・しじみ	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たにし	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ちくわ	<input type="checkbox"/>	6分の1本 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かまぼこ	<input type="checkbox"/>	2切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまあげ	<input type="checkbox"/>	4分の1切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## 野菜の目安量（実物大）

1回に食べる量が写真と同じくらいなら『同じ』にチェック(レ)してください。  
写真より多ければ（1.5倍以上）『多い』を、少なければ（半分以下）  
『少ない』にチェック(レ)してください。

---

(イ) にんじん  
4分の1本（50g位）



(ロ) ほうれんそう  
2株（50g位）



(ハ) かぼちゃ  
4～5cm角切り1個（40g位）



(ニ) キャベツ  
中葉2分の1枚（30g位）



(ホ) だいこん  
2cm輪切り1個（80g位）



つぎの野菜は左のページ写真を参考にして、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
にんじん	<input type="checkbox"/>	写真(イ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ほうれんそう	<input type="checkbox"/>	写真(ロ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かぼちゃ	<input type="checkbox"/>	写真(ハ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キャベツ	<input type="checkbox"/>	写真(ニ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
だいこん	<input type="checkbox"/>	写真(ホ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

漬	たくわん	<input type="checkbox"/>	3切れ(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	緑の葉のつけもの (野沢菜・高菜)	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	うめぼし	<input type="checkbox"/>	中1個(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
物	はくさい	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	きゅうり	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	なす	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	かぶ	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ピーマン	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
トマト	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
長ねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1本(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
青ねぎ・わけぎ	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にら	<input type="checkbox"/>	2株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しゅんぎく	<input type="checkbox"/>	3分の1束(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こまつな	<input type="checkbox"/>	1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブロッコリー	<input type="checkbox"/>	3房(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たまねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きゅうり	<input type="checkbox"/>	3分の1本(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なす	<input type="checkbox"/>	1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はくさい	<input type="checkbox"/>	中葉3分の1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごぼう	<input type="checkbox"/>	4分の1本(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もやし	<input type="checkbox"/>	4分の1袋(25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さやいんげん	<input type="checkbox"/>	6さや(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
レタス・ちしゃ	<input type="checkbox"/>	中葉1枚 (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
グリーンアスパラガス	<input type="checkbox"/>	1本 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にんにく	<input type="checkbox"/>	2分の1かけ (2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チンゲンサイ (沖縄名パクチョイ)	<input type="checkbox"/>	1株 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からしな (沖縄名シマナー)	<input type="checkbox"/>	2株 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にがうり (沖縄名ゴーヤ)	<input type="checkbox"/>	2分の1本 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ふだんそう (沖縄名ンスバナー)	<input type="checkbox"/>	2株 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
へちま (沖縄名ナーベラ)	<input type="checkbox"/>	1本 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
よもぎ (沖縄名フーチバ)	<input type="checkbox"/>	ひとつかみ (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パパイヤ	<input type="checkbox"/>	4分の1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
みかん	<input type="checkbox"/>	2個 (140g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
その他かんきつ類 (はっさく・いよかん・オレンジ)	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
リンゴ	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (85g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かき	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いちご	<input type="checkbox"/>	5粒 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブドウ	<input type="checkbox"/>	大粒10個 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
メロン	<input type="checkbox"/>	プリンスメロンとして 4分の1個 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スイカ	<input type="checkbox"/>	8分の1個 (120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もも	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (65g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なし	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キウイフルーツ	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パインアップル	<input type="checkbox"/>	8分の1個 (130g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
バナナ	<input type="checkbox"/>	1本 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マンゴー	<input type="checkbox"/>	2分の1個 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1    T2    0m    1m    6m    1y  
 F

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
パン類 (菓子パンも含む)	<input type="checkbox"/>	6枚切り1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うどん	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
沖縄そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ラーメン	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (220g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パスタ (スパゲティ・マカロニなど)	<input type="checkbox"/>	1皿分 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そうめん・ひやむぎ	<input type="checkbox"/>	1人前 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もち	<input type="checkbox"/>	市販もち1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
和菓子 (だいふく・まんじゅう)	<input type="checkbox"/>	1個 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケーキ	<input type="checkbox"/>	小ショートケーキ1きれ(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ビスケット・クッキー	<input type="checkbox"/>	クッキー2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チョコレート	<input type="checkbox"/>	板チョコレート1/2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
アイスクリーム	<input type="checkbox"/>	カップ入り1個 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スナック菓子 (ポテトチップスなど)	<input type="checkbox"/>	4分の1袋 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
せんべい	<input type="checkbox"/>	1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごま	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ピーナッツ・落花生	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ20粒 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (みそ汁の具)	<input type="checkbox"/>	角切り5個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (湯豆腐・冷や奴など)	<input type="checkbox"/>	4分の1丁 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ゆしとうふ (おぼろとうふ)	<input type="checkbox"/>	汁わん1杯分 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
高野とうふ・しみとうふ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
生揚げ・厚揚げ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目分量	目分量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
あぶらあげ	<input type="checkbox"/>	みそ汁1杯分(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なっとう	<input type="checkbox"/>	小1カップ(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまいも	<input type="checkbox"/>	6分の1個(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
じゃがいも	<input type="checkbox"/>	3分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さといも	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
やまいも・ながいも	<input type="checkbox"/>	8分の1本(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こんにゃく・しらたき	<input type="checkbox"/>	おでん2個位(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しいたけ	<input type="checkbox"/>	1枚(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えのきだけ	<input type="checkbox"/>	4分の1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しめじ	<input type="checkbox"/>	4分の1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わかめ・こんぶ	<input type="checkbox"/>	小鉢1杯分(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひじき	<input type="checkbox"/>	小鉢1杯分(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
のり(焼きのり・味付けのり)	<input type="checkbox"/>	味付けのり5枚(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

食卓でつかう平均的な頻度や量を答えてください。

パンにつけるバター	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつけるマーガリン	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつける ジャム・マーマレード	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はちみつ	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ドレッシング	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マヨネーズ	<input type="checkbox"/>	大さじ2分の1杯(7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ソース	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケチャップ	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からし	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わさび	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうがらし	<input type="checkbox"/>	1かけ(0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しょうが	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きなこ	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

次の飲み物は、どのくらいの頻度で飲みますか？

飲 料 名	週に1回未満	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1杯	毎日2～3杯	毎日4～6杯	毎日7～9杯	毎日10杯以上
日本茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
日本茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（豆からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（インスタント）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
トマトジュース	<input type="checkbox"/>								
野菜ジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%オレンジジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%りんごジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%グレープフルーツジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁飲料（100%でないジュース）	<input type="checkbox"/>								
炭酸飲料	<input type="checkbox"/>								
豆乳	<input type="checkbox"/>								
乳酸菌飲料（ヤクルトなど）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（水道水・井戸水）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（市販・浄水器）	<input type="checkbox"/>								

紅茶やコーヒーを飲む時についてお答えください。

砂糖やミルクを入れますか？

		入れない	スプーン 半 分	スプーン 1 杯	スプーン 2 杯	スプーン 3杯以上
紅 茶	砂 糖	<input type="checkbox"/>				
	ミル ク	<input type="checkbox"/>				
コー ヒー	砂 糖	<input type="checkbox"/>				
	ミル ク	<input type="checkbox"/>				

カフェイン抜き(カフェインレス、デカフェ)の紅茶やコーヒーを飲みますか？

	いつも飲む	ときどき 飲 ぶ	全く 飲まない	気にしない	わからない
紅 茶	<input type="checkbox"/>				
コー ヒー	<input type="checkbox"/>				



1. あなたご自身のお酒についておたずねします。

一番あてはまる□にチェック(レ)をつけてください。

もともと飲まない     以前は飲んでいましたが止めた     現在も飲んでいる

2-1. 以前は飲んでいましたが止めた人におたずねします。

止めたのは何歳の時ですか。□に数字を記入してください。

□□ 歳

2-2. 以前は飲んでいましたが止めた、現在も飲んでいると答えた人におたずねします。

(1) 今回の妊娠前の1年間、お酒はどのくらいの頻度で飲みましたか。一番あてはまる□にチェック(レ)をつけてください。

ほとんど飲まなかった     月1～3日     週1～2日     週3～4日  
 週5～6日     毎日飲んでた

(2) 今回の妊娠前の1年間、お酒はどのくらいの量飲みましたか。

1日に飲むもっとも普通の組み合わせを選んで、あてはまる□にチェック(レ)してください。

(例) ふだんビールを1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら、ビールの「1本」と日本酒の「2合」にチェック(レ)し、焼酎・泡盛、ウイスキー、ワインは「飲まない」にチェック(レ)をつけてください。

日本酒    1合 (180ml)

飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

焼酎・泡盛    1合 (180ml)

飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

※ビール大ビン    1本 (633ml)

飲まない     0.5本未満     1本     2本     3本     4本     5～6本     7本以上

ウイスキー    シングル (30ml)

飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

ワイン    グラス (60ml)

飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

※中ビンまたは500ml缶を0.8本、小ビンまたは350ml缶を0.6本と換算してください。

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

## 薬剤インタビュー票

本質問票は、エコチル調査のスタッフが記入します。

質問1. あなたは過去一年間に、薬を飲んでいましたか。または点滴、注射などの投与を  
されてきましたか？

はい

いいえ

質問2. (質問1で「はい」と答えた人) インタビュアーの説明に従って、過去1年間に  
服用された薬を具体的に教えて下さい。

\*量は問いません。下剤、便秘薬、浣腸はここに含めないでください。  
すべての薬剤とサプリメントを含めて下さい。

(1) 1年前～妊娠判明までの期間

①      ②      ③      ④      ⑤    
⑥      ⑦      ⑧      ⑨      ⑩

(2) 妊娠判明～妊娠およそ12週目までの期間

①      ②      ③      ④      ⑤    
⑥      ⑦      ⑧      ⑨      ⑩

(3) 妊娠12週目から現在までの期間

①      ②      ③      ④      ⑤    
⑥      ⑦      ⑧      ⑨      ⑩

【インタビュアー】

施設登録番号：       施設名： \_\_\_\_\_

記入者：  医師     看護師・助産師     RC     事務職員

記入日：西暦     年   月   日

氏名（自署）： \_\_\_\_\_

# 薬 剤 リ ス ト

## 抗細菌、ウイルス薬、抗真菌薬、抗がん剤

- 00 すべての抗菌薬
- 01 すべての抗ウイルス薬
- 02 すべての抗真菌薬
- 03 あらゆる抗がん剤

## ステロイド類

- 04 ステロイド：内服、吸入、または注射によって投与されたもの(プレドニンなど。また、ベクロメタゾンなど、喘息予防薬としてのステロイドを含む)
- 05 ステロイド：外用、注腸(潰瘍性大腸炎など)

## 解熱・鎮痛薬

- 06 病院で処方された解熱・鎮痛・感冒薬
- 07 市販されている解熱・鎮痛・感冒薬
- 08 鎮痛剤の含まれている湿布薬

## 抗リウマチ薬

- 09 免疫抑制薬、免疫調整薬
- 10 レミケード、エンブレル
- 11 詳細不明の抗リウマチ薬

## 抗アレルギー薬、呼吸器薬

- 12 抗アレルギー薬(内服、吸入、点鼻のほか、ホクナリンのようなテープ、抗ヒスタミン薬を含む)
- 13  $\beta$ 刺激薬(内服、吸入)
- 14 判別不能の吸入薬(ステロイドの含有の有無を確認すること。ステロイドが明らかであれば04へ)
- 15 鎮咳薬、去痰薬
- 16 テオフィリン薬(テオドールなど)
- 17 その他の呼吸器薬

## 糖尿病薬、抗高脂血症薬

- 21 インスリン製剤(ノボラピッド、ヒューマカートなど)
- 22 血糖降下薬(アマリール、オイグルコンなど)
- 23 抗高脂血症薬
- 24 痛風治療薬

## ホルモン剤

- 25 甲状腺ホルモン製剤(チラーヂン)
- 26 抗甲状腺ホルモン薬(メルカゾール)
- 27 その他のホルモン剤(ピルを含む)

## 血液関連薬

- 28 鉄剤(フェロミア、フェログラデュメットなど)
- 29 その他の血液関連薬

## 循環器薬

- 31 降圧薬(利尿剤も含む)
- 32 昇圧薬
- 33 抗不整脈薬、狭心症治療薬
- 34 心不全治療薬
- 35 その他の循環器薬

## 消化器治療薬

- 36 抗潰瘍薬(PPI、H2ブロッカー)
- 37 一般的な「胃腸薬」
- 38 その他の消化器治療薬

## 向精神薬

- 41 SSRI (ルボックス、デプロメール、パキシル、ジェイゾロフト)
- 42 SSRI 以外の抗うつ薬(三環系、四環系、SNRIなど)
- 43 抗不安薬(ランドセン、リボトリールを含む)
- 44 睡眠薬
- 45 抗精神病薬
- 46 バルプロ酸(デパケン、デパケンR、セレニカR、バレリン)
- 47 上記以外の抗けいれん薬(テグレトール、テレスミン、アレピアチン、フェノバル、オスボロット、ヒダントールD/E/F、ベグタミンA/B、トピナ、ガバペンを含む)
- 48 リーマス、炭酸リチウム
- 49 その他の向精神薬

## 産科で用いられる特殊な薬剤

- 51 子宮弛緩薬(ウテメリンなど)
- 52 子宮収縮薬
- 53 排卵誘発剤(クロミッド製剤、HMG、HCG製剤を含む)
- 54 その他の産科で用いられる特殊な薬剤

## その他の薬剤

- 61 麻酔薬、「ブロック注射」
- 62 漢方薬
- 63 外用薬(湿布、軟膏などのうち、内容を特定できない場合のみ)
- 64 注射、点滴(内容を特定できない場合のみ。「ステロイドの点滴」など、内容が明らかであれば、その薬剤のみコードし、64はコードしない)
- 65 骨・カルシウム代謝薬(活性化ビタミン D製剤、ビスホスホネート製剤、カルシトニン製剤など)
- 66 偏頭痛治療薬(イミグラン、エルゴタミン製剤など)
- 67 筋弛緩薬(ミオナールなど)
- 68 制吐剤(プリンペラン、ナウゼリンなど)
- 69 抗パーキンソン薬
- 70 痔などの外用薬

## サプリメント類

- 71 ビタミンA
- 72 ビタミンB類
- 73 ビタミンC
- 74 ビタミンD
- 75 ビタミンE
- 76 葉酸
- 77 微量金属
- 78 総合ビタミンサプリメント
- 79 総合サプリメント

- 80 マリファナ
- 81 覚醒剤
- 82 エクスタシー
- 83 シンナー
- 84 トルエン
- 85 その他の違法薬物

- 98 該当なし
- 99 わからない

□ お母さまとお父さまのお名前、生年月日、ご住所等をご記入ください。

【記入日】西暦

2 0      年      月      日

(1) あなたについて：

①お名前：ふりがな

氏     名

②生年月日： 西暦     年   月   日

③現在お住まいのご住所： 〒    -

④自宅電話番号：                      \*市外局番からご記入ください。  
例) 075-XXX-XXXX

⑤携帯電話番号：

⑥携帯メール：

⑦P C メール：

⑧今のお住まいに何年住んでいらっしゃいますか？：   年   月

(2) 生まれるお子さまのお父さまについて：

①お名前：ふりがな

氏     名

②生年月日： 西暦     年   月   日

③郵便番号： 〒    -

お母さまと異なる場合のみご記入ください

④ご住所：

⑤電話番号：

お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

(ご注意) 回答したくない質問があった場合には、その質問番号に×印をつけてください。

A. あなたのご家族やご家庭の状況についておたずねします。あてはまる項目の□にチェック(し)をつけてください。選択肢がない場合は □ 内に数字をご記入ください。

質問1 あなたの現在の婚姻状況について教えてください。(一つだけにチェック(し))

<input type="checkbox"/> 結婚している (内縁・事実婚を含む)	<input type="checkbox"/> 未婚 (過去に一度も結婚したことがない)
<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 死別

質問2 あなたは、ご自身を含めて何人で暮らしていますか？

(自分を含めて)   人

質問3 現在、あなたと一緒に住まいのすべての方の□にチェック(し)をつけて、□内に人数をご記入ください。

<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 夫・パートナーの父親	
<input type="checkbox"/> 夫・パートナー	<input type="checkbox"/> 夫・パートナーの母親	
<input type="checkbox"/> 子ども <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="checkbox"/> (あなたの) 兄弟姉妹	<input type="text"/> <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/> (あなたの) 父親	<input type="checkbox"/> 夫・パートナーの兄弟姉妹	<input type="text"/> <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/> (あなたの) 母親	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/> <input type="text"/> 人

質問3-1 質問3で「子ども」を選択された方は、お子さまについて、年の大きい順番に性別・誕生年月を教えてください。

	性別		お誕生年		お誕生月
第1子:	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月
第2子:	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月
第3子:	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月
第4子:	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月
第5子:	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月



質問11 下記の病気の中で、あなたが生まれてから今日まで医師から診断を受けた病名があれば教えてください。あてはまる病名すべての□にチェック(し)をつけてください。

<心臓、脳、血管の病気>

- 貧血  高血圧  高脂血症  脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）  
 心筋梗塞・狭心症  先天性心疾患  川崎病  妊娠高血圧  その他

<アレルギーや耳鼻科の病気>

- 気管支ぜん息  アレルギー性鼻炎・花粉症  慢性副鼻腔炎  
 慢性中耳炎  アトピー性皮膚炎  アレルギー性結膜炎  
 食物アレルギー  薬疹・薬剤アレルギー  じんましん  
 接触性皮膚炎  シックハウス症候群  化学物質過敏症  
 その他のアレルギーや耳鼻科の病気

<膠原病や免疫の病気>

- 膠原病  自己免疫性疾患  全身性エリテマトーデス  リウマチ  
 その他の膠原病や免疫の病気

<内分泌系の病気>

- 1型糖尿病（インスリン注射を最初から必要とするタイプ）  2型糖尿病  
 妊娠糖尿病  甲状腺機能亢進症・バセドウ氏病  甲状腺機能低下症・橋本病  
 その他の内分泌系の病気

<神経・精神の病気>

- うつ病  自律神経失調症  
 不安障害（不安神経症、恐怖症、パニック障害、対人恐怖、強迫性障害を含む）  
 統合失調症  てんかん  偏頭痛  
 髄膜炎  水頭症  その他の神経・精神の病気

<消化器・肝臓・膵臓などの病気>

- 逆流性食道炎  胃炎  胃潰瘍  十二指腸潰瘍  過敏性腸症候群  
 クローン病  潰瘍性大腸炎  脂肪肝  B型肝炎  
 C型肝炎  その他肝炎  胆石  膵炎  
 その他の消化器・肝臓・膵臓などの病気

<腎臓の病気>

- 慢性腎炎（IgA腎症、糸球体腎炎）  ネフローゼ症候群  その他の腎臓の病気

<産婦人科系の病気>

- 月経不順・生理不順（月経困難症）  子宮内膜症  子宮筋腫  
 子宮腺筋症  子宮奇形  卵巣腫瘍・卵巣のう腫  
 多のう胞性卵巣症候群  尿路や生殖器の奇形  
 その他の産婦人科系の病気

<眼科の病気>

- 近視  先天性緑内障  角膜混濁  視神経萎縮  その他の眼科の病気

(次ページに続く)

<骨や筋肉の病気>

- 先天性股関節脱臼                       脊椎側彎症<sup>そくわん</sup>                       その他の骨や筋肉の病気

<がん>

- 乳がん    子宮頸がん    子宮体がん    胃がん    大腸がん  
 血液のがん（白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫）    その他の部位

<発達障害>

- 注意欠陥、多動性障害（ADHD）                       学習障害（LD）  
 自閉症やアスペルガー症候群など広汎性発達障害（PDD）    その他の発達障害

過去に妊娠したことのある方にお尋ねします

<既往の妊娠異常・分娩異常>

- 妊娠高血圧（妊娠中毒症、子癇）                       妊娠糖尿病                       常位胎盤早期剥離  
 子宮外妊娠                       前置胎盤                       胞状奇胎  
 その他の既往の妊娠異常・分娩異常

質問12 過去1年間に、以下の病気にかかったことがありますか？

はしか（麻疹）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
風疹	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
結核	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問13 過去に予防接種（ワクチン）を受けて、副反応（強い発熱、発疹、アナフィラキシー反応など）がありましたか？

- はい                       いいえ

質問14 輸血を受けたことがありますか？

- はい                       いいえ

質問15 あなたは過去一年間に、薬（市販薬を含む）を飲んだり、注射・点滴を受けていたりしていますか？

- はい                       いいえ

質問16 あなたは現在、サプリメントとして葉酸をとっていますか？（一つだけにし）

- 使わない                       月に1回                       月に2～3回                       週に1～3回  
 週に4～6回                       日に1回                       日に2回以上

C. あなたの最近の気分についておたずねします。

質問17 次の質問では、過去1ヶ月の間、あなたがどのように感じていたかについておたずねします。それぞれの質問に対して、そういう気持ちをどれくらいの頻度で感じていたか、一番当てはまる□にチェック(シ)をつけてください。

過去1ヶ月の間にどれくらいしばしば…	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
① 神経過敏に感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
② 絶望的だと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
③ そわそわしたり、落ち着き無く感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
④ 気分が沈みこんで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
⑤ 何をするのも骨折りと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				
⑥ 自分は価値のない人間だと感じましたか。	<input type="checkbox"/>				

D. あなたご自身の健康状態についておたずねします。以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまる箇所の□にチェック(シ)をつけてください。

質問18 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか？

<input type="checkbox"/> 最高に良い	<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い
<input type="checkbox"/> あまり良くない	<input type="checkbox"/> 良くない	<input type="checkbox"/> ぜんぜん良くない

質問19 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> 体を使う日常活動ができなかった	

質問20 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった	<input type="checkbox"/> わずかに妨げられた	<input type="checkbox"/> 少し妨げられた
<input type="checkbox"/> かなり妨げられた	<input type="checkbox"/> いつもの仕事ができなかった	

質問21 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか？

<input type="checkbox"/> ぜんぜんなかった	<input type="checkbox"/> かすかな痛み	<input type="checkbox"/> 軽い痛み
<input type="checkbox"/> 中くらいの痛み	<input type="checkbox"/> 強い痛み	<input type="checkbox"/> 非常に激しい痛み

質問22 過去1ヵ月間に、どのくらい元気でしたか？

<input type="checkbox"/> 非常に元気だった	<input type="checkbox"/> かなり元気だった	<input type="checkbox"/> 少し元気だった
<input type="checkbox"/> わずかに元気だった	<input type="checkbox"/> 元気でなかった	

質問23 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか？

- |                                       |                                      |                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた   | <input type="checkbox"/> 少し妨げられた |
| <input type="checkbox"/> かなり妨げられた     | <input type="checkbox"/> つきあいができなかった |                                  |

質問24 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか？

- |                                       |                                    |                                  |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん悩まされなかった | <input type="checkbox"/> わずかに悩まされた | <input type="checkbox"/> 少し悩まされた |
| <input type="checkbox"/> かなり悩まされた     | <input type="checkbox"/> 非常に悩まされた  |                                  |

質問25 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか？

- |                                       |                                      |                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんぜん妨げられなかった | <input type="checkbox"/> わずかに妨げられた   | <input type="checkbox"/> 少し妨げられた |
| <input type="checkbox"/> かなり妨げられた     | <input type="checkbox"/> 日常活動ができなかった |                                  |

質問26 あなたは、今回妊娠する前に、パートナーから侮辱<sup>ぶじよく</sup>されたりののしられたことがありますか？

- |                                 |                                 |                                  |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全くなかった | <input type="checkbox"/> まれにあった | <input type="checkbox"/> ときどきあった |
| <input type="checkbox"/> よくあった  |                                 |                                  |

質問27 あなたは、今回妊娠する前に、パートナーとのケンカが原因でケガをするほど叩かれたり殴られたりしたことがありますか？

- |                                 |                                 |                                  |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全くなかった | <input type="checkbox"/> まれにあった | <input type="checkbox"/> ときどきあった |
| <input type="checkbox"/> よくあった  |                                 |                                  |

E. 喫煙についておたずねします。あてはまる項目の□にチェック(シ)をつけ、□内にあてはまる数字をご記入ください。

質問28 あなたご自身の喫煙についてお答えください。(一つだけ□にチェック(シ)をつけ、□に数字をご記入ください。)

<input type="checkbox"/>	喫煙したことはない				
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた				
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	吸うのを止めた年齢は？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた				
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	最後に吸ったのはいつですか？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日前	
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	現在も吸っている				
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本

質問29 家族の中でタバコを吸う人は何人いますか？

人

質問30 あなたが暮らしている部屋の中でタバコを吸う人は何人いますか？

人

質問31 お子さまの父親（あなたの夫・パートナー）は？（一つだけにチェック（し）をつける）

<input type="checkbox"/>	喫煙したことはない		
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	吸うのを止めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていましたか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
<input type="checkbox"/>	現在も吸っている		
	吸い始めた年齢は？	<input type="text"/> <input type="text"/>	歳
	平均して毎日何本くらい吸っていますか？	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本

質問32 今回妊娠する前に、家の中や仕事場、外出先の屋内で、他の人が吸ったタバコの煙を、あなたが吸う機会は一週間のうち、どれくらいありましたか？（一つだけを選び、□にチェック（し）をつける）

<input type="checkbox"/>	ほとんどない（→質問34へ）						
<input type="checkbox"/>	週1日くらい	<input type="checkbox"/>	週2～3日	<input type="checkbox"/>	週4～6日	<input type="checkbox"/>	毎日（→質問32-1へ）

質問32-1 そのような場合、他の人が吸ったタバコの煙を、あなたが吸う時間は、1日のうちどれくらいでしたか？（一つだけを選び、□にチェック（し）をつける）

<input type="checkbox"/>	1時間未満	<input type="checkbox"/>	1～2時間くらい	<input type="checkbox"/>	3時間以上
--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	-------

F. あなたの妊娠前の1週間の平均的な1週間について思い出してお答えください。妊娠に気付く前の平均的な1週間を考えた場合、あなたが1日にどのくらいの時間、体を動かしているのかをおたずねします。身体活動（体を動かすこと）とは、仕事での活動、通勤や買い物などいろいろな場所への移動、家事や庭仕事、余暇時間の運動やレジャーなど、体を動かすすべての活動を含んでいることに留意してください。

回答にあたっては以下の点にご注意ください。

◆**強い身体活動**とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。

◆**中等度の身体活動**とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。

以下の質問では、1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答えください。

質問34 妊娠前の平均的な1週間で、**強い**身体活動（重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど）を行う日は何日ありましたか？（一つだけを選び、□にチェック(し)をつけ、□に数字をご記入ください。）

週  日（→質問34-1へ）       ない（→質問35へ）

質問34-1 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間行いましたか？

1日 時間 分

質問35 妊娠前の平均的な1週間で、**中等度の**身体活動（軽い荷物の運搬、子どもとの鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど）を行う日は何日ありましたか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答えください。（一つだけを選び、□にチェック(し)をつけ、□に数字をご記入ください。）

週  日（→質問35-1へ）       ない（→質問36へ）

質問35-1 中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間行いましたか？

1日 時間 分

質問36 妊娠前の平均的な1週間で、10分以上続けて**歩く**ことは何日ありましたか？ここで、**歩く**とは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。（一つだけを選び、□にチェック(し)をつけ、□に数字をご記入ください。）

週  日（→質問36-1へ）       ない（→質問37へ）

質問36-1 そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きましたか？

1日 時間 分

質問37 妊娠前の普段の毎日で、座ったり寝転んだりして過ごしていた時間（工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など）についておたずねします。ここでは、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といったすべての時間を含みます。なお、睡眠時間は含めないでください。**妊娠前の平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしましたか？**

1日   時間   分

質問37-1 そのうちで、テレビを見て過ごす時間はどれくらいでしたか？

1日   時間   分

質問37-2 そのうちで、ゲーム（携帯電話のゲームを含む）をして過ごす時間はどれくらいでしたか？

1日   時間   分

質問38 あなたは妊娠前、**ふだん**寢床（ベッドや布団）に入って眠ろうとする（消灯する）時刻は平均して何時頃ですか？ 時・分を記入してください。

午前   時   分  
 午後   時   分

質問39 ご自宅についてお聞きします。（一つだけを選び、にチェック(シ)をつける)

- 戸建て
- 集合住宅（アパート、マンション等）
- その他（具体的に：）

質問40 **ふだん**生活している家は、何階にありますか？

階建ての   階（戸建ての場合は不要）

質問41 あなたは妊娠前、**ふだん**の平均的な起床時刻は何時頃ですか？時・分を記入してください。

午前   時   分  
 午後   時   分

G. 妊娠に気付かれた時点でのあなたのご職業をおたずねします（専業主婦の方もご記入ください）。職業とうまれてくるお子さまの健康状態との関係を調べます。

質問42 以下のリストであてはまる職業（家業に従事する場合を含みます）を大分類、小分類からそれぞれ1つ選び、にチェック(シ)をつけてください。複数の項目にあてはまる場合は、もっとも時間をかけているものを選んでください。

\*なお、1) 収入を伴わない仕事（例：PTA役員その他の奉仕的活動、家庭菜園での作業）、  
2) 小づかい程度の収入の仕事、3) 職業訓練生、4) 財産収入（例：預貯金の利子、自己所有の株式配当や売買差益、家賃収入）で生活している方の場合、「無職」を選択してください。

大 分 類	小 分 類			
<input type="checkbox"/> 管理的職業従事者	<input type="checkbox"/> 管理的公務員 <input type="checkbox"/> 法人・団体等管理職員	<input type="checkbox"/> 法人・団体等役員 <input type="checkbox"/> その他の管理的職業		
<input type="checkbox"/> 専門的・ 技術的職業従事者	<input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> 建築・土木・測量技術者 <input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉専門職 <input type="checkbox"/> 教 員 <input type="checkbox"/> 記 者 <input type="checkbox"/> 写真家 <input type="checkbox"/> 舞台芸術家	<input type="checkbox"/> 農林水産技術者 <input type="checkbox"/> 情報処理・通信技術者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医療技術者 <input type="checkbox"/> 法務従事者 <input type="checkbox"/> 宗教家 <input type="checkbox"/> 編集者 <input type="checkbox"/> デザイナー <input type="checkbox"/> その他の専門的職業	<input type="checkbox"/> 製造技術者 <input type="checkbox"/> その他の技術者 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他の保健医療従事者 <input type="checkbox"/> 経営・金融・保険専門職業 <input type="checkbox"/> 著述家 <input type="checkbox"/> 美術家 <input type="checkbox"/> 音楽家	
<input type="checkbox"/> 事務従事者	<input type="checkbox"/> 一般事務 <input type="checkbox"/> 営業・販売事務 <input type="checkbox"/> 事務用機器操作員	<input type="checkbox"/> 会計事務 <input type="checkbox"/> 外 勤 <input type="checkbox"/> その他の事務従事者	<input type="checkbox"/> 生産関連事務 <input type="checkbox"/> 運輸・郵便事務	
<input type="checkbox"/> 販売従事者	<input type="checkbox"/> 商品販売 <input type="checkbox"/> その他の販売従事者	<input type="checkbox"/> 販売類似職業	<input type="checkbox"/> 営業職業	
<input type="checkbox"/> サービス職業従事者	<input type="checkbox"/> 家庭生活支援サービス <input type="checkbox"/> 生活衛生サービス（理容師、美容師など） <input type="checkbox"/> 接客・給仕	<input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 居住施設・ビル等管理人	<input type="checkbox"/> 保健医療サービス <input type="checkbox"/> 飲食物調理 <input type="checkbox"/> その他のサービス職業従事者	
<input type="checkbox"/> 保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 自衛官 <input type="checkbox"/> 消防員などその他の保安職業従事者	<input type="checkbox"/> 警察官などの司法警察職員		
<input type="checkbox"/> 農林漁業従事者	<input type="checkbox"/> 農 業	<input type="checkbox"/> 林 業	<input type="checkbox"/> 漁業従事者	
<input type="checkbox"/> 生産工程従事者	<input type="checkbox"/> 生産設備制御・監視 <input type="checkbox"/> 機械組立 <input type="checkbox"/> 機械検査	<input type="checkbox"/> 機械組立設備制御・監視 <input type="checkbox"/> 機械整備・修理作業 <input type="checkbox"/> 生産関連・生産類似作業	<input type="checkbox"/> 製品製造・加工処理 <input type="checkbox"/> 製品検査 <input type="checkbox"/> その他の生産工程従事者	
<input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者	<input type="checkbox"/> 鉄道運転 <input type="checkbox"/> その他の輸送従事者	<input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 定置・建設機械運転	<input type="checkbox"/> 船舶・航空機運転	
<input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者	<input type="checkbox"/> 建設解体工事 <input type="checkbox"/> 土木作業	<input type="checkbox"/> 建設従事者 <input type="checkbox"/> 採 掘	<input type="checkbox"/> 電気工事 <input type="checkbox"/> その他の建設・採掘従事者	

(次ページに続く)

大 分 類	小 分 類		
<input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者	<input type="checkbox"/> 運搬従事者	<input type="checkbox"/> 清掃従事者	<input type="checkbox"/> 包装従事者
<input type="checkbox"/> 専業主婦			
<input type="checkbox"/> 学生・大学院生			
<input type="checkbox"/> 無 職			
<input type="checkbox"/> 上記いずれにもあてはまらない職業（ )			

質問42-1. 現在の雇用形態は次のどれですか？

<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 自営、またはその手伝い
<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> 専業主婦・休職
<input type="checkbox"/> パート・アルバイト・嘱託	<input type="checkbox"/> 失業中
<input type="checkbox"/> その他（ )	

質問42-2. 労働時間についておたずねします。 に数字をご記入ください。(専業主婦の場合、答える必要はありません。)

1) 平均して週に何日働きますか	<input type="text"/> 日
2) 1日の平均労働時間は何時間ですか？ 残業時間も含めてお答え下さい。	<input type="text"/> <input type="text"/> 時間
3) 日勤・夜勤等の交代制勤務がある場合についてお聞きます。 → ない場合は次に進んで下さい。 日勤時間帯（およそ朝から夕方まで）を除く時間帯に仕事があるのは1カ月に何日ですか？	<input type="text"/> <input type="text"/> 日

質問43. 現在または妊娠した時点で、仕事や趣味・家庭など日常の環境で以下のものがありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

「ある」にチェック(し)した方は、あてはまるすべての項目のにチェック(し)をつけ、わかる範囲で具体的な内容をお答えください。

<input type="checkbox"/> 約20キロ以上の物を持つ	
<input type="checkbox"/> 有機溶剤（シンナーや接着剤など）を使う (物質名： )	
<input type="checkbox"/> 騒音が激しい (騒音の内容： )	
<input type="checkbox"/> 振動工具を扱う (振動工具の内容： )	
<input type="checkbox"/> 冷蔵庫や冷凍庫に出入りする	
<input type="checkbox"/> 激しく汗をかくような暑い場所で作業をする (内容： )	
<input type="checkbox"/> 粉じんを扱う (粉じんの種類・内容： )	

質問44 妊娠後、毎月1回以上、次のもの(a~v.)をご自分で扱いましたか？

**お仕事で**、半日以上かけて扱った回数を教えてください。例にしたがって、あてはまる項目の口の1つにチェック(シ)をつけてください。

	いいえ	月1~3回	週1~6回	毎日
例) 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 灯油・石油・ベンジン・ガソリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 塩素系漂白剤・殺菌剤(「混ぜるな危険」の表示のあるもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 医療用消毒殺菌剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 油性マジック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 水性ペイント・インクジェットプリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 有機溶剤(シンナー、試験・分析・抽出用溶剤、ドライクリーニング用洗剤、染み抜き溶剤、ペイント塗料、除光液(リムーバー)など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. コピー機、レーザープリンタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. エンジンオイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ホルマリン・ホルムアルデヒド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 抗がん剤(自分の治療薬は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 病院で手術や検査に用いる全身麻酔薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 殺虫剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 除草剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 上記以外の、または種類がわからない農薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nの名前がわかれば教えてください(→ )				
o. 放射線・放射性物質・アイソトープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. 微生物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. はんだなど鉛を含む製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. 無鉛はんだ(鉛フリーはんだ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. クロム、ヒ素、カドミウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. 水銀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. 染料(毛髪染め)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. そのほか化学物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vの名前がわかれば教えてください(→ )				



エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1  T2  0m  1m  6m  1y  
 F

## 食生活に関する質問

ここからしばらく、食事についての質問が続きます。

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を答えてください。

質問の数も多く、たいへんとは思いますが、ぜひ最後まで記入して下さい、お願いいたします。また、この「食生活に関する質問」への回答をもとに栄養計算を行います。正確な栄養計算をするため、記入漏れのないよう、重ねてお願いします。

### 最近5年以内に食習慣が大きく変わりましたか？

- 変わらない  1年以内に変わった  1～2年前に変わった  3～5年前に変わった

変わったのはなぜですか？(いくつでもチェック(し)して下さい)

- 病気になったため  検査などで異常があったため  健康にいいと思ったから  
 好みが変わった  その他( )

### つつい食べ過ぎてしまう方ですか？

- はい  いいえ

### 食べる速さはどのくらいですか？

- かなり速い  やや速い  ふつう  やや遅い  かなり遅い

### 「朝食」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 「外食」は、どれくらいの頻度でしますか？(店で買った弁当やおにぎりは、外食に数える)

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日する

### 「インスタント食品」は、どれくらいの頻度で食べますか？(ラーメン・カップ麺・レトルト食品など)

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 油をつかった「炒め物(野菜炒めなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

### 油をつかった「揚げ物(フライ・てんぷらなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

- 月に1回未満  月に1～3回  週に1～2回  週に3～4回  週に5～6回  毎日食べる

肉のあぶら身をどれくらい食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

ラーメン・うどん・そばの汁をどれくらい飲みますか？

- ほとんど飲まない  3分の1くらい飲む  半分くらい飲む  3分の2くらい飲む  ほとんど全部飲む

食卓で料理に、塩をふる習慣がありますか？

- ない  まれにふる  ときどきふる  たいていふる  いつもふる

食卓で料理に、しょうゆをかける習慣がありますか？

- ない  まれにかける  ときどきかける  たいていかける  いつもかける

一番よくつかう油を選んで1つだけチェック(し)してください。

- サラダ油(調合油)  サフラワー油(べに花油)  コーン油  
 大豆油 なたね油・キャノーラ油  オリーブ油  その他

もっとも多い調理方法を1つだけチェック(し)してください。

	なま	煮る	焼く	あげる	炒める	その他
肉類は？	<input type="checkbox"/>					
魚介類は？	<input type="checkbox"/>					
野菜類は？	<input type="checkbox"/>					

ステーキ・焼き肉は、どのような焼き具合で食べることが最も多いですか？

- 生に近い状態(レア)  やや生に近い状態  中程度(ミディアム)  ややよく焼けた状態  よく焼けた状態(ウェルダン)

「焼き魚」は、どのくらいの頻度で食べますか？

- ほとんど食べない  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

「焼き魚」を食べるときに、焦げた部分を食べますか？

- ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  半分くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

あなたの料理の好みはいかがですか？以下についてそれぞれ、いずれかを選んでください。

	好き	普通	嫌い
「こってり」とした料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「からい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「塩加減の濃い味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「すっぱい味」の料理は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お菓子などの甘いものは？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
熱い食べ物や飲み物は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「ごはん（米飯）」についておたずねします。

どのくらいの大きさの茶碗で食べますか？

- 小さな茶碗     普通の茶碗（女性用）     普通の茶碗（男性用）     どんぶり

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯食べますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

1日のごはんのうち、玄米の割合は、平均どのくらいですか？

- まぜない     3分の1位     半分位     全部

「麦」をまぜますか？

- まぜない     まれにまぜる     ときどきまぜる     よくまぜる     いつもまぜる

「あわ・ひえ」をまぜますか？

- まぜない     まれにまぜる     ときどきまぜる     よくまぜる     いつもまぜる

「みそ汁」についておたずねします。

どのくらいの頻度で飲みますか？

- ほとんど飲まない     月に1～3日     週に1～2日     週に3～4日     週に5～6日     毎日飲む

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯飲みますか？

- 1杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯  
 5杯     6杯     7～9杯     10杯以上

どのような味付けですか？

- かなりうすめ     ややうすめ     ふつう     ややこいめ     かなりこいめ

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

記入例

もし、あなたが「牛のステーキ」を月に2回くらい食べ、1日に食べる量が「1枚の半分」くらいであれば、次のように記入してください。

食品名		月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛	ステーキ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
肉	焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが「牛のステーキ」をほとんど食べない（月1回未満）なら、次のように記入してください。

食品名		月に1回未満	月に1～3回	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4～6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない半分以下	同じ	多い1.5倍以上
牛	ステーキ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚（150g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
肉	焼き物（焼き肉など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚（100g位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「目安量」のところには何も記入しないで下さい。

ここからお答えください。

食 品 名		月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
												少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
牛 肉	ステーキ	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	焼き物 (焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	うす切り5枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
豚 肉	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (とんかつなど)	<input type="checkbox"/>	とんかつ用1枚 (100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮込み (カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
肉	煮物 (角煮・ <small>沖縄名</small> ラフティなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	汁物 (豚汁・ <small>沖縄名</small> 中味汁など)	<input type="checkbox"/>	うす切り2枚 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	豚レバー (ニラレバ炒めなど)	<input type="checkbox"/>	2切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
鶏 肉	焼き物 (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり2本 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	炒め物 (野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	5切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	煮物	<input type="checkbox"/>	2〜3cm角切り (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	揚げ物 (唐揚げなど)	<input type="checkbox"/>	3個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	鳥レバー (やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり1本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ロースハム		<input type="checkbox"/>	普通切り1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ウィンナー・ソーセージ		<input type="checkbox"/>	2本 (30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ベーコン		<input type="checkbox"/>	1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ランチョンミート缶詰		<input type="checkbox"/>	8分の1缶 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
牛 乳	低脂肪乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	普通乳	<input type="checkbox"/>	200cc 1本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
卵		<input type="checkbox"/>	中1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チーズ		<input type="checkbox"/>	スライスチーズ1枚 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ヨーグルト		<input type="checkbox"/>	カップ型1個 (120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
塩たら・塩ほっけ・塩さけ	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひもの (あじ開きぼしなど)	<input type="checkbox"/>	1枚 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
まぐろ缶詰 (シーチキンフレーク)	<input type="checkbox"/>	4分の1缶 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さけ・ます	<input type="checkbox"/>	切り身1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かつお・まぐろ	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ぶり・はまち	<input type="checkbox"/>	さしみ4切れ (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たら・かれい	<input type="checkbox"/>	2分の1切れ (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たい類 (まだい・ <small>沖縄名</small> グルクン・ <small>沖縄名</small> まちなど)	<input type="checkbox"/>	1切れ (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あじ・いわし	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さんま・さば	<input type="checkbox"/>	1尾 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しらすばし	<input type="checkbox"/>	大さじ2杯 (10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たらこ・すじこ・いくら	<input type="checkbox"/>	たらこ4分の1腹 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うなぎ	<input type="checkbox"/>	2分の1串 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いか	<input type="checkbox"/>	さしみ3切れ (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たこ	<input type="checkbox"/>	あし3分の1本 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えび	<input type="checkbox"/>	大正えび2尾 (40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
あさり・しじみ	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たにし	<input type="checkbox"/>	むき身10個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ちくわ	<input type="checkbox"/>	6分の1本 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かまぼこ	<input type="checkbox"/>	2切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまあげ	<input type="checkbox"/>	4分の1切れ (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## 野菜の目安量（実物大）

1回に食べる量が写真と同じくらいなら『同じ』にチェック(レ)してください。  
写真より多ければ（1.5倍以上）『多い』を、少なければ（半分以下）  
『少ない』にチェック(レ)してください。

---

(イ) にんじん  
4分の1本（50g位）



(ロ) ほうれんそう  
2株（50g位）



(ハ) かぼちゃ  
4～5cm角切り1個（40g位）



(ニ) キャベツ  
中葉2分の1枚（30g位）



(ホ) だいこん  
2cm輪切り1個（80g位）



つぎの野菜は左のページ写真を参考にして、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
にんじん	<input type="checkbox"/>	写真(イ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ほうれんそう	<input type="checkbox"/>	写真(ロ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かぼちゃ	<input type="checkbox"/>	写真(ハ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キャベツ	<input type="checkbox"/>	写真(ニ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
だいこん	<input type="checkbox"/>	写真(ホ)参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

漬	たくわん	<input type="checkbox"/>	3切れ(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	緑の葉のつけもの (野沢菜・高菜)	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	うめぼし	<input type="checkbox"/>	中1個(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
物	はくさい	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	きゅうり	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	なす	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	かぶ	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ピーマン	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
トマト	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
長ねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1本(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
青ねぎ・わけぎ	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にら	<input type="checkbox"/>	2株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しゅんぎく	<input type="checkbox"/>	3分の1束(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こまつな	<input type="checkbox"/>	1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブロッコリー	<input type="checkbox"/>	3房(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
たまねぎ	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きゅうり	<input type="checkbox"/>	3分の1本(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なす	<input type="checkbox"/>	1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はくさい	<input type="checkbox"/>	中葉3分の1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごぼう	<input type="checkbox"/>	4分の1本(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もやし	<input type="checkbox"/>	4分の1袋(25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さやいんげん	<input type="checkbox"/>	6さや(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

つぎの野菜や果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
レタス・ちしゃ	<input type="checkbox"/>	中葉1枚(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
グリーンアスパラガス	<input type="checkbox"/>	1本(15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にんにく	<input type="checkbox"/>	2分の1かけ(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チンゲンサイ (沖縄名パクチョイ)	<input type="checkbox"/>	1株(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からしな(沖縄名シマナー)	<input type="checkbox"/>	2株(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
にがうり(沖縄名ゴーヤ)	<input type="checkbox"/>	2分の1本(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ふだんそう(沖縄名ンスバナー)	<input type="checkbox"/>	2株(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
へちま(沖縄名ナーベラ)	<input type="checkbox"/>	1本(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
よもぎ(沖縄名フーチバ)	<input type="checkbox"/>	ひとつかみ(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パパイヤ	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
みかん	<input type="checkbox"/>	2個(140g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
その他かんきつ類 (はっさく・いよかん・オレンジ)	<input type="checkbox"/>	2分の1個(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
リンゴ	<input type="checkbox"/>	2分の1個(85g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
かき	<input type="checkbox"/>	2分の1個(80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
いちご	<input type="checkbox"/>	5粒(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ブドウ	<input type="checkbox"/>	大粒10個(100g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
メロン	<input type="checkbox"/>	プリンスメロンとして 4分の1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スイカ	<input type="checkbox"/>	8分の1個(120g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もも	<input type="checkbox"/>	2分の1個(65g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なし	<input type="checkbox"/>	2分の1個(80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
キウイフルーツ	<input type="checkbox"/>	2分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パインアップル	<input type="checkbox"/>	8分の1個(130g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
バナナ	<input type="checkbox"/>	1本(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マンゴー	<input type="checkbox"/>	2分の1個(75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

エコチルIDラベル  
を貼付願います

調査時期

- T1    T2    0m    1m    6m    1y  
 F

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目安量	目安量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
パン類 (菓子パンも含む)	<input type="checkbox"/>	6枚切り1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
うどん	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
沖縄そば	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ラーメン	<input type="checkbox"/>	どんぶり1杯 (220g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パスタ (スパゲティ・マカロニなど)	<input type="checkbox"/>	1皿分 (250g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
そうめん・ひやむぎ	<input type="checkbox"/>	1人前 (200g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
もち	<input type="checkbox"/>	市販もち1個 (50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
和菓子 (だいふく・まんじゅう)	<input type="checkbox"/>	1個 (70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケーキ	<input type="checkbox"/>	小ショートケーキ1きれ(70g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ビスケット・クッキー	<input type="checkbox"/>	クッキー2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
チョコレート	<input type="checkbox"/>	板チョコレート1/2枚 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
アイスクリーム	<input type="checkbox"/>	カップ入り1個 (80g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
スナック菓子 (ポテトチップスなど)	<input type="checkbox"/>	4分の1袋 (25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
せんべい	<input type="checkbox"/>	1枚 (15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ごま	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ピーナッツ・落花生	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ20粒 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (みそ汁の具)	<input type="checkbox"/>	角切り5個 (20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうふ (湯豆腐・冷や奴など)	<input type="checkbox"/>	4分の1丁 (75g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ゆしとうふ (おぼろとうふ)	<input type="checkbox"/>	汁わん1杯分 (150g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
高野とうふ・しみとうふ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
生揚げ・厚揚げ	<input type="checkbox"/>	2分の1枚 (60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## 質問票ご記入のお願い

環境省エコチル調査にご参加をいただきありがとうございます。

エコチル調査では、さまざまな環境要因がお子さまの成長や発達におよぼす影響を調べるため、全国で10万人の子どもたちの健康状態を13歳に達するまで継続的に調べます。

調査から得られた結果は、これから生まれ、育っていく日本の子どもたちに、よりよい環境を与えるための基礎データとして、大切に活用させていただくものです。

今回の質問票では、お子さまの健康状態や成長環境、ご家族の健康状態などをおたずねします。ありのままにお答えいただくことで、信頼のあるデータとして活用できます。

出産後1か月の大変お忙しい時期と思いますが、お子さまの成長や発達に及ぼす影響を調べる上で、大切な時期にあたります。ご協力よろしくお願いいたします。

お寄せいただくご回答や個人情報、エコチル調査の目的にのみ利用し、それぞれの方が、どのようなご回答をされたかは、エコチル調査に関係しない医師や看護師には分からないようになっていきます。なお、回答が届かない、ご記入いただいた内容が読み取れないなどの場合には、エコチル調査の担当者から確認の連絡を入れさせていただくことがありますのでご了承ください。

### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがって回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は10分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 回答はシャープペンHBあるいは黒のボールペンで記入してください。
4. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ、封をして医療機関に提出するか、封をして返送してください。受け取ったあと2週間を目安に提出、返送願います。

※この調査についてのお問い合わせ先

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

電 話 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

F A X 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

Eメール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

エコチル調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。



お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

赤ちゃんの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

(事務局記載欄)

(ご注意) 回答のあてはまる項目の□にチェック(し)をつけてください。選択肢がない場合は□内に数字をご記入ください。

回答したくない質問があった場合には、その質問番号に×印をつけてください。

以下、赤ちゃんというのは、今回の調査の対象になっているお子さんのことをさします。

また、続柄は赤ちゃんからみた関係でお答えください。

A. 赤ちゃんのご家族についておたずねします。

質問1 赤ちゃんが生後1か月の間に主に一緒に過ごした(同居した)ご家族を以下からすべて選んでください。ふたごなどの場合はきょうだいに含めてください。

- |                               |   |                                |   |
|-------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 母親   | <input type="checkbox"/> 父親                                   | <input type="checkbox"/> きょうだい | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 人 |
| <input type="checkbox"/> 母方祖母 | <input type="checkbox"/> 母方祖父                                 | <input type="checkbox"/> 父方祖母  | <input type="checkbox"/> 父方祖父                                 |
| <input type="checkbox"/> その他  | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 人 |                                |   |

質問2 赤ちゃんのお世話(授乳やおむつ替えなど)を主にされている方はどなたですか? 一人だけお答えください。

- |                                 |                               |                                |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 母親     | <input type="checkbox"/> 父親   | <input type="checkbox"/> きょうだい |                               |
| <input type="checkbox"/> 母方祖母   | <input type="checkbox"/> 母方祖父 | <input type="checkbox"/> 父方祖母  | <input type="checkbox"/> 父方祖父 |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |                                |                               |

質問3 赤ちゃんは、生まれて1か月の間、母親や父親の実家で過ごしていましたか?(里帰りしましたか?)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 母親あるいは父親の実家で生後 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日まで過ごした |
| <input type="checkbox"/> 母親あるいは父親の実家に現在も里帰り中  |
| <input type="checkbox"/> もともと母親あるいは父親の実家に同居中  |
| <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない   |

質問4 家事(掃除、料理、買い物など)は主に誰がしていますか? 一人だけお答えください。

- |                               |                               |                                |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 母親   | <input type="checkbox"/> 父親   | <input type="checkbox"/> きょうだい |                               |
| <input type="checkbox"/> 母方祖母 | <input type="checkbox"/> 母方祖父 | <input type="checkbox"/> 父方祖母  | <input type="checkbox"/> 父方祖父 |
| <input type="checkbox"/> その他  |                               |                                |                               |

B. 出産や授乳の状況についておたずねします。

質問5 お母さんは、お産された施設にはどれくらい入院していましたか？

日間（自宅分娩の場合は0日としてください）

質問6 赤ちゃんを産んでから、すぐに抱っこしましたか？

- 肌と肌が触れる抱っこをした       肌と肌は触れない抱っこをした  
 産んですぐには抱っこをしていない

質問7 お産された施設で赤ちゃんとどれくらい同じ部屋で過ごせましたか？

- ほとんどない       1日のうち4分の1ぐらい       1日のうち半分ぐらい  
 1日のうち4分の3ぐらい       ほとんどいつも一緒

質問8 赤ちゃんが生まれて1か月の間にどのくらい赤ちゃんに話しかけましたか？

- いつも話しかけた       時々話しかけた  
 あまり話しかけなかった       まったく話しかけなかった

質問9 赤ちゃんに、初めてあなたの乳首をくわえさせたのはいつですか？

- 生後1時間以内       生後1時間以後  
 今まで乳首をくわえさせる機会がなかった

質問10 赤ちゃんが生まれて1か月の間、どのように授乳していましたか？

- 母乳のみ       混合栄養（母乳と粉ミルク）       人工栄養（粉ミルク）のみ

質問11 昨日はどのくらい授乳していましたか？

- 母乳のみ       回、1回約  分  
 混合栄養  
    母乳       回、1回約  分  
    人工栄養（粉ミルク）  回、1回約  ml  
 人工栄養（粉ミルク）のみ       回、1回約  ml

質問12 質問10で、「母乳のみ」あるいは「混合栄養（母乳と粉ミルク）」と答えた方におたずねします。

授乳をして、1時間以内に赤ちゃんの具合が悪くなったこと（じんましんや湿疹など皮膚の変化、口の中や周りの赤み、顔色が悪くなる、など）がありましたか？

- あった     なかった

質問13 質問12で「あった」と答えた方におたずねします。

赤ちゃんの具合が悪くなったのは、あなたが特定の食品をとったあとですか？その場合、その食品は何ですか？あてはまる食品すべてにチェック(し)をつけてください。

- 卵     牛乳     小麦（パンやうどんなどの小麦食品）  
 甲殻類（エビ、カニなど）     果物→（具体的に：    )  
 そば     魚→（具体的に：    )  
 ピーナッツ     その他（    )  
 思い当たる食品はない

質問14 質問10で、「混合栄養（母乳と粉ミルク）」あるいは「人工栄養（粉ミルク）」と答えた方におたずねします。

粉ミルクを飲ませて赤ちゃんの具合が悪くなったこと（じんましんや湿疹など皮膚の変化、口の中や周りの赤み、顔色が悪くなる、血便、ひどい下痢、吐くなど）がありましたか？

- あった     なかった

質問15 授乳の際、何をしていることが多いですか？

ひとつだけにチェック(し)をつけてください。

- 赤ちゃんの目を見たり話しかけたりしている  
 テレビやDVDを見ている  
 新聞や雑誌などを読んでいる  
 携帯電話やパソコンを操作している  
 掃除や食事の支度といった家事をしている  
 上記以外をしている→（具体的に：    )

C. あなたの赤ちゃんに対する気持ちについておたずねします。

質問16 それぞれの項目について、もっともあてはまるものにチェック(し)をつけてください。

	非 常 に そう思う	ある程度 そう思う	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
① この子をいとおいと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② おろおろしてどうしていいかわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ この子に対して何も特別な気持ちがわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ この子の世話を楽しみながらしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ この子がいなかったらいいのになあと思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. 赤ちゃんの様子についておたずねします。

質問17 これまでの1か月の間に、赤ちゃんに以下の症状がありましたか？

あてはまるものすべてにチェック(し)をつけてください。

<input type="checkbox"/> 38℃以上の発熱
<input type="checkbox"/> 顔、頭、耳のまわり、首などのブツブツ
<input type="checkbox"/> 転落などで頭を打った
<input type="checkbox"/> それ以外の症状で医療機関を受診した（内容： _____）
<input type="checkbox"/> 上記のいずれもない

質問18 赤ちゃんの手足は左右同じように動きますか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

質問19 赤ちゃんは、あなたやパートナーの呼びかけや物音に反応しますか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

質問20 赤ちゃんは、ものが見えているようですか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

質問21 赤ちゃんを抱っこした時、不機嫌（ぐずったり泣いたり）やそりかえりなど、抱きにくいと感じることはありますか？

<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 全くない
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------



G. 子育ての様子についておたずねします。

質問28 これまでに、同居している家族以外の人に赤ちゃんを預けましたか？  
あてはまるものすべてにチェック（し）をつけてください。

- はい →  あなたの实家  パートナーの实家  保育園  
 託児所  友人（ ）人  その他（ ）か所  
 いいえ

質問29 赤ちゃんだけを残して出かけることがありますか？

- よくある  時々ある  ほとんどない  全くない

質問30 赤ちゃんが泣いていても放っておくことがありますか？

- いつもする  時々する  ほとんどしない  全くしない

質問31 赤ちゃんを叩く<sup>たた</sup>ことがありますか？

- いつもする  時々する  ほとんどしない  全くしない

質問32 赤ちゃんを散歩や買い物などで外に連れて出ることがありますか？

- 毎日のようにする  時々する  ほとんどしない  全くしない

質問33 最近1週間、赤ちゃんのそばで、テレビやDVDなどを見ましたか？

- はい → 1日あたり 約   時間  
 いいえ

質問34 最近1週間、赤ちゃんのそばで、パソコンや携帯電話の操作（メール・ゲームなど）を  
しましたか？

- はい → 1日あたり 約   時間  
 いいえ

質問35 パートナーは、赤ちゃんの世話（子守り・おむつ替え・沐浴・寝かしつけなど）を  
しますか？

- いつもする  時々する  ほとんどしない  全くしない

H. あなたやご家族の健康状態や生活習慣についておたずねします。

質問36 あなたの普段の健康状態はいかがですか？

- よい     まあよい     ふつう     あまりよくない     よくない

質問37 あなたご自身の喫煙についておたずねします。

- 喫煙したことはない  
 以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づく前から止めていた  
 以前は吸っていたが、今回の妊娠に気づいて止めた  
 現在も吸っている（1日に1本～10本）  
 現在も吸っている（1日に11本～20本）  
 現在も吸っている（1日に21本以上）

質問38 赤ちゃんが生まれてから1か月の間、同居されていた家族全員の喫煙状況についておたずねします。

- 誰もタバコを吸わなかった  
 赤ちゃんのいないところ（家の外、ベランダや換気扇の下など）でのみ、タバコを吸っている人がいた  
 赤ちゃんのいるところでもタバコを吸っている人がいた

質問39 あなたは最近1か月、どの程度の頻度でアルコール類を飲んでいましたか？

- 全く飲まない     以前は飲んでいたがやめた     月に1～3回  
 週に1～3回     週に4～6回     毎日

質問40 現在のあなたの体重をご記入ください。

体重  .  kg

I. あなたのこころの健康状態についておたずねします。

ここでは、最近7日間にどのようにお感じになったかをお答えください。

質問41 笑うことができるし、物事のおもしろい面もわかる。

- いつもと同様にできる     あまりできない  
 明らかにできない     全くできない

質問42 物事を楽しみにして待つことができる。

- いつもと同様にできる     あまりできない  
 明らかにできない     全くできない

質問43 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責める。

- |                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 常に責める       | <input type="checkbox"/> 時々責める  |
| <input type="checkbox"/> あまり責めることはない | <input type="checkbox"/> 全く責めない |

質問44 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配する。

- |                                   |                               |                                 |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しょっちゅうある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ほとんどない | <input type="checkbox"/> 全くない |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

質問45 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われる。

- |                                   |                               |                                 |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しょっちゅうある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> めったにない | <input type="checkbox"/> 全くない |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

質問46 することがたくさんあって大変な時に、

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ほとんど対処できない   | <input type="checkbox"/> いつものようにうまく対処できない |
| <input type="checkbox"/> たいていうまく対処できる | <input type="checkbox"/> うまく対処できる         |

質問47 不幸せなので、眠りにくい。

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんどいつもそうである | <input type="checkbox"/> 時々そうである |
| <input type="checkbox"/> たまにそうである     | <input type="checkbox"/> 全くない    |

質問48 悲しくなったり、惨めになる。

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんどいつもある | <input type="checkbox"/> かなりしばしばある |
| <input type="checkbox"/> たまにある     | <input type="checkbox"/> 全くない      |

質問49 不幸せなので、泣けてくる。

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんどいつもある | <input type="checkbox"/> かなりしばしばある |
| <input type="checkbox"/> たまにある     | <input type="checkbox"/> 全くない      |

質問50 自分自身を傷つけるのではないかという考えが浮かんでくる。

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しばしばある | <input type="checkbox"/> ときたまある |
| <input type="checkbox"/> めったにない | <input type="checkbox"/> 全くない   |

質問は以上です。  
調査にご協力いただきありがとうございました。

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食 品 名	月に1回未満	月に1〜3回	週に1〜2回	週に3〜4回	週に5〜6回	毎日1回	毎日2〜3回	毎日4〜6回	毎日7回以上	一回あたりの目分量	目分量より		
											少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5倍以上)
あぶらあげ	<input type="checkbox"/>	みそ汁1杯分(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
なっとう	<input type="checkbox"/>	小1カップ(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さつまいも	<input type="checkbox"/>	6分の1個(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
じゃがいも	<input type="checkbox"/>	3分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
さといも	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
やまいも・ながいも	<input type="checkbox"/>	8分の1本(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
こんにゃく・しらたき	<input type="checkbox"/>	おでん2個位(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しいたけ	<input type="checkbox"/>	1枚(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
えのきだけ	<input type="checkbox"/>	4分の1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しめじ	<input type="checkbox"/>	4分の1株(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わかめ・こんぶ	<input type="checkbox"/>	小鉢1杯分(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ひじき	<input type="checkbox"/>	小鉢1杯分(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
のり(焼きのり・味付けのり)	<input type="checkbox"/>	味付けのり5枚(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

食卓でつかう平均的な頻度や量を答えてください。

パンにつけるバター	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつけるマーガリン	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
パンにつける ジャム・マーマレード	<input type="checkbox"/>	食パン1枚にぬる程度(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
はちみつ	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ドレッシング	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
マヨネーズ	<input type="checkbox"/>	大さじ2分の1杯(7g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ソース	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ケチャップ	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
からし	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
わさび	<input type="checkbox"/>	小さじ4分の1杯(1g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
とうがらし	<input type="checkbox"/>	1かけ(0.5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
しょうが	<input type="checkbox"/>	小さじ1杯(5g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
きなこ	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

次の飲み物は、どのくらいの頻度で飲みますか？

飲 料 名	週に1回未満	週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1杯	毎日2～3杯	毎日4～6杯	毎日7～9杯	毎日10杯以上
日本茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
日本茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
ウーロン茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（葉からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
紅茶（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（豆からいれたもの）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（インスタント）	<input type="checkbox"/>								
コーヒー（缶・ペットボトル）	<input type="checkbox"/>								
トマトジュース	<input type="checkbox"/>								
野菜ジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%オレンジジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%りんごジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁100%グレープフルーツジュース	<input type="checkbox"/>								
果汁飲料（100%でないジュース）	<input type="checkbox"/>								
炭酸飲料	<input type="checkbox"/>								
豆乳	<input type="checkbox"/>								
乳酸菌飲料（ヤクルトなど）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（水道水・井戸水）	<input type="checkbox"/>								
飲料水（市販・浄水器）	<input type="checkbox"/>								

紅茶やコーヒーを飲む時についてお答えください。

砂糖やミルクを入れますか？

		入れない	スプーン 半 分	スプーン 1 杯	スプーン 2 杯	スプーン 3杯以上
紅 茶	砂 糖	<input type="checkbox"/>				
	ミル ク	<input type="checkbox"/>				
コー ヒー	砂 糖	<input type="checkbox"/>				
	ミル ク	<input type="checkbox"/>				

カフェイン抜き(カフェインレス、デカフェ)の紅茶やコーヒーを飲みますか？

	いつも飲む	ときどき 飲 む	全く 飲まない	気にしない	わからない
紅 茶	<input type="checkbox"/>				
コー ヒー	<input type="checkbox"/>				



1. あなたご自身のお酒についておたずねします。

一番あてはまる□にチェック(レ)をつけてください。

もともと飲まない     以前は飲んでいましたが止めた     現在も飲んでいる

2-1. 以前は飲んでいましたが止めた人におたずねします。

止めたのは何歳の時ですか。□□に数字を記入してください。

□□ 歳

2-2. 以前は飲んでいましたが止めた、現在も飲んでいると答えた人におたずねします。

(1) 今回の妊娠前の1年間、お酒はどのくらいの頻度で飲みましたか。一番あてはまる□にチェック(レ)をつけてください。

ほとんど飲まなかった     月1～3日     週1～2日     週3～4日  
 週5～6日     毎日飲んでた

(2) 今回の妊娠前の1年間、お酒はどのくらいの量飲みましたか。

1日に飲むもっとも普通の組み合わせを選んで、あてはまる□にチェック(レ)してください。

(例) ふだんビールを1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら、ビールの「1本」と日本酒の「2合」にチェック(レ)し、焼酎・泡盛、ウイスキー、ワインは「飲まない」にチェック(レ)をつけてください。

日本酒    1合 (180ml)

飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

焼酎・泡盛    1合 (180ml)

飲まない     0.5合未満     1合     2合     3合     4合     5～6合     7合以上

※ビール大ビン    1本 (633ml)

飲まない     0.5本未満     1本     2本     3本     4本     5～6本     7本以上

ウイスキー    シングル (30ml)

飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

ワイン    グラス (60ml)

飲まない     0.5杯未満     1杯     2杯     3杯     4杯     5～6杯     7杯以上

※中ビンまたは500ml缶を0.8本、小ビンまたは350ml缶を0.6本と換算してください。

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

お母さまの  
エコチルIDラベル  
を貼付願います

## 薬剤インタビュー票

本質問票は、エコチル調査のスタッフが記入します。

質問1. あなたは過去一年間に、薬を飲んでいましたか。または点滴、注射などの投与を  
されていませんか？

はい

いいえ

質問2. (質問1で「はい」と答えた人) インタビュアーの説明に従って、過去1年間に  
服用された薬を具体的に教えて下さい。

\*量は問いません。下剤、便秘薬、浣腸はここに含めないでください。  
すべての薬剤とサプリメントを含めて下さい。

(1) 1年前～妊娠判明までの期間

①	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	③	<input type="text"/>	④	<input type="text"/>	⑤	<input type="text"/>
⑥	<input type="text"/>	⑦	<input type="text"/>	⑧	<input type="text"/>	⑨	<input type="text"/>	⑩	<input type="text"/>

(2) 妊娠判明～妊娠およそ12週目までの期間

①	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	③	<input type="text"/>	④	<input type="text"/>	⑤	<input type="text"/>
⑥	<input type="text"/>	⑦	<input type="text"/>	⑧	<input type="text"/>	⑨	<input type="text"/>	⑩	<input type="text"/>

(3) 妊娠12週目から現在までの期間

①	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	③	<input type="text"/>	④	<input type="text"/>	⑤	<input type="text"/>
⑥	<input type="text"/>	⑦	<input type="text"/>	⑧	<input type="text"/>	⑨	<input type="text"/>	⑩	<input type="text"/>

【インタビュアー】

施設登録番号：    施設名： \_\_\_\_\_

記入者：  医師  看護師・助産師  RC  事務職員

記入日：西暦     年   月   日

氏名（自署）： \_\_\_\_\_

# 薬 剤 リ ス ト

## 抗細菌、ウイルス薬、抗真菌薬、抗がん剤

- 00 すべての抗菌薬
- 01 すべての抗ウイルス薬
- 02 すべての抗真菌薬
- 03 あらゆる抗がん剤

## ステロイド類

- 04 ステロイド：内服、吸入、または注射によって投与されたもの(プレドニンなど。また、ベクロメタゾンなど、喘息予防薬としてのステロイドを含む)
- 05 ステロイド：外用、注腸(潰瘍性大腸炎など)

## 解熱・鎮痛薬

- 06 病院で処方された解熱・鎮痛・感冒薬
- 07 市販されている解熱・鎮痛・感冒薬
- 08 鎮痛剤の含まれている湿布薬

## 抗リウマチ薬

- 09 免疫抑制薬、免疫調整薬
- 10 レミケード、エンブレル
- 11 詳細不明の抗リウマチ薬

## 抗アレルギー薬、呼吸器薬

- 12 抗アレルギー薬(内服、吸入、点鼻のほか、ホクナリンのようなテープ、抗ヒスタミン薬を含む)
- 13  $\beta$ 刺激薬(内服、吸入)
- 14 判別不能の吸入薬(ステロイドの含有の有無を確認すること。ステロイドが明らかであれば04へ)
- 15 鎮咳薬、去痰薬
- 16 テオフィリン薬(テオドールなど)
- 17 その他の呼吸器薬

## 糖尿病薬、抗高脂血症薬

- 21 インスリン製剤(ノボラピッド、ヒューマカートなど)
- 22 血糖降下薬(アマリール、オイグルコンなど)
- 23 抗高脂血症薬
- 24 痛風治療薬

## ホルモン剤

- 25 甲状腺ホルモン製剤(チラーヂン)
- 26 抗甲状腺ホルモン薬(メルカゾール)
- 27 その他のホルモン剤(ピルを含む)

## 血液関連薬

- 28 鉄剤(フェロミア、フェログラデュメットなど)
- 29 その他の血液関連薬

## 循環器薬

- 31 降圧薬(利尿剤も含む)
- 32 昇圧薬
- 33 抗不整脈薬、狭心症治療薬
- 34 心不全治療薬
- 35 その他の循環器薬

## 消化器治療薬

- 36 抗潰瘍薬(PPI、H2ブロッカー)
- 37 一般的な「胃腸薬」
- 38 その他の消化器治療薬

## 向精神薬

- 41 SSRI (ルボックス、デプロメール、パキシル、ジェイゾロフト)
- 42 SSRI 以外の抗うつ薬(三環系、四環系、SNRIなど)
- 43 抗不安薬(ランドセン、リボトリールを含む)
- 44 睡眠薬
- 45 抗精神病薬
- 46 バルプロ酸(デパケン、デパケンR、セレニカR、バレリン)
- 47 上記以外の抗けいれん薬(テグレトール、テレスミン、アレピアチン、フェノバル、オスボロット、ヒダントールD/E/F、ベグタミンA/B、トピナ、ガバペンを含む)
- 48 リーマス、炭酸リチウム
- 49 その他の向精神薬

## 産科で用いられる特殊な薬剤

- 51 子宮弛緩薬(ウテメリンなど)
- 52 子宮収縮薬
- 53 排卵誘発剤(クロミッド製剤、HMG、HCG製剤を含む)
- 54 その他の産科で用いられる特殊な薬剤

## その他の薬剤

- 61 麻酔薬、「ブロック注射」
- 62 漢方薬
- 63 外用薬(湿布、軟膏などのうち、内容を特定できない場合のみ)
- 64 注射、点滴(内容を特定できない場合のみ。「ステロイドの点滴」など、内容が明らかであれば、その薬剤のみコードし、64はコードしない)
- 65 骨・カルシウム代謝薬(活性化ビタミン D製剤、ビスホスホネート製剤、カルシトニン製剤など)
- 66 偏頭痛治療薬(イミグラン、エルゴタミン製剤など)
- 67 筋弛緩薬(ミオナールなど)
- 68 制吐剤(プリンペラン、ナウゼリンなど)
- 69 抗パーキンソン薬
- 70 痔などの外用薬

## サプリメント類

- 71 ビタミンA
- 72 ビタミンB類
- 73 ビタミンC
- 74 ビタミンD
- 75 ビタミンE
- 76 葉酸
- 77 微量金属
- 78 総合ビタミンサプリメント
- 79 総合サプリメント

- 80 マリファナ
- 81 覚醒剤
- 82 エクスタシー
- 83 シンナー
- 84 トルエン
- 85 その他の違法薬物

- 98 該当なし
- 99 わからない