

ID : _____

そらプロジェクト（幼児調査）

インタビュー調査票

ご家族についてお尋ねします。

このお子さまのご両親、兄弟姉妹についてお答えください。

(兄弟姉妹は年長者からお答え下さい。このお子さま本人は除きます。)

このお子さまは、何人兄弟(姉妹)の何番目ですか。

人兄弟姉妹の

 番目

続柄	年齢	性別	同居の有無	通園・通学	次の病気にかかったことはありますか
父	歳		同居 別居 死別		1. 気管支ぜん息 (ぜん息性気管支炎, 小児喘息を含む) 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
母	歳		同居 別居 死別		1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
兄弟姉妹	歳	男・女	同居 別居 死別	大学・高校 中学・小学 幼稚園 保育園	1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
兄弟姉妹	歳	男・女	同居 別居 死別	大学・高校 中学・小学 幼稚園 保育園	1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
兄弟姉妹	歳	男・女	同居 別居 死別	大学・高校 中学・小学 幼稚園 保育園	1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
兄弟姉妹	歳	男・女	同居 別居 死別	大学・高校 中学・小学 幼稚園 保育園	1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない
兄弟姉妹	歳	男・女	同居 別居 死別	大学・高校 中学・小学 幼稚園 保育園	1. 気管支ぜん息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎・花粉症 4. 1~3のいずれもない

居住歴

このお子さまの居住歴をお尋ねします。

1か月以上里帰りをしたり、入院をしたことがある場合にはその場所についてもご記入ください。

	期間	住所（番地まで詳細に）
生後 居住歴 No. 1	__歳__か月から__歳__か月 (__年__月から__年__月)	都道 府県 郡 区市
生後 居住歴 No. 2	__歳__か月から__歳__か月 (__年__月から__年__月)	都道 府県 郡 区市
生後 居住歴 No. 3	__歳__か月から__歳__か月 (__年__月から__年__月)	都道 府県 郡 区市
生後 居住歴 No. 4	__歳__か月から__歳__か月 (__年__月から__年__月)	都道 府県 郡 区市
生後 居住歴 No. 5	__歳__か月から__歳__か月 (__年__月から__年__月)	都道 府県 郡 区市

建物構造

お子さまが居住していた家屋についてお尋ねします。

問 家の構造は次のどれに該当しますか。

問 家は何年に建てられましたか。

問 お子さまがふだん生活していた部屋は、何階にありましたか。

	建物構造	築年数	調理器具の熱源	階数
生後 居住歴 No. 1	1. 木造一戸建て 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て 3. 木造の集合住宅（アパート等） 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） 5. その他（ ）	1. 築10年以内 （具体的に：____年） 2. 1990年代 3. 1980年代 4. 1970年代以前 5. わからない	1. オール電化 2. 都市ガス 3. LPガス 4.（ ）	____階建の ____階
生後 居住歴 No. 2	1. 木造一戸建て 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て 3. 木造の集合住宅（アパート等） 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） 5. その他（ ）	1. 築10年以内 （具体的に：____年） 2. 1990年代 3. 1980年代 4. 1970年代以前 5. わからない	1. オール電化 2. 都市ガス 3. LPガス 4.（ ）	____階建の ____階
生後 居住歴 No. 3	1. 木造一戸建て 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て 3. 木造の集合住宅（アパート等） 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） 5. その他（ ）	1. 築10年以内 （具体的に：____年） 2. 1990年代 3. 1980年代 4. 1970年代以前 5. わからない	1. オール電化 2. 都市ガス 3. LPガス 4.（ ）	____階建の ____階
生後 居住歴 No. 4	1. 木造一戸建て 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て 3. 木造の集合住宅（アパート等） 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） 5. その他（ ）	1. 築10年以内 （具体的に：____年） 2. 1990年代 3. 1980年代 4. 1970年代以前 5. わからない	1. オール電化 2. 都市ガス 3. LPガス 4.（ ）	____階建の ____階
生後 居住歴 No. 5	1. 木造一戸建て 2. 鉄筋（鉄骨）一戸建て 3. 木造の集合住宅（アパート等） 4. 鉄筋（鉄骨）の集合住宅（アパート、マンション等） 5. その他（ ）	1. 築10年以内 （具体的に：____年） 2. 1990年代 3. 1980年代 4. 1970年代以前 5. わからない	1. オール電化 2. 都市ガス 3. LPガス 4.（ ）	____階建の ____階

通園歴

このお子さまは、いままでに保育所（幼稚園）に1か月以上通ったことはありますか。

1. はい
2. いいえ

	期間	日数と時間	通園方法	保育園の名称・住所
通園歴 1	____年__月から ____年__月	週__日 __時間/日	1. 徒歩 4. 鉄道 2. バス 5. 自転車 3. 車 6. その他	
通園歴 2	____年__月から ____年__月	週__日 __時間/日	1. 徒歩 4. 鉄道 2. バス 5. 自転車 3. 車 6. その他	
通園歴 3	____年__月から ____年__月	週__日 __時間/日	1. 徒歩 4. 鉄道 2. バス 5. 自転車 3. 車 6. その他	
通園歴 4	____年__月から ____年__月	週__日 __時間/日	1. 徒歩 4. 鉄道 2. バス 5. 自転車 3. 車 6. その他	
通園歴 5	____年__月から ____年__月	週__日 __時間/日	1. 徒歩 4. 鉄道 2. バス 5. 自転車 3. 車 6. その他	

本人の病歴

このお子さまについてお尋ねします。

- 問. 医師に肺炎といわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 医師に気管支炎といわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 医師に細気管支炎【RSウイルス感染】といわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 医師にじんましんといわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 医師にアトピー性皮膚炎といわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 医師にアレルギー性鼻炎または花粉症といわれたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ
- 問. 食物によってアレルギー反応を起こしたことがありますか。
1. はい ()歳 ()か月
 2. いいえ(「いいえ」のときは、問 へ)
- 問. それはどのような食物ですか。(あてはまる番号をすべて 印で囲んでください)
1. 卵
 2. 牛乳、乳製品
 3. 大豆
 4. 小麦
 5. その他()
- 問. 3 8 以上の発熱をしたことが何回ありましたか。

回

ぜん息の発作時期

(お子さまが「症例」の場合)

問. 「胸がゼーゼーとかヒューヒューして、急に息が苦しくなる発作を起こしたことが、いままでに2回以上ある」と回答されました。
最初に発作を起こしたのは何歳のときですか。お子さまの住所はどこでしたか。

歳 か月。 生後居住歴 NO.

問 -2. 2回目の発作を起こしたのは何歳のときですか。お子さまの住所はどこでしたか。

歳 か月。 生後居住歴 NO.

生活環境

問 このお子さまが生まれてから（妊娠中を含めて）、家の改築・リフォームをしたことがありますか。

1. はい
2. いいえ
3. 分からない

（「いいえ」、「分からない」のときは、質問 へ）

問 家の改築・リフォームをしたのは、お子さまが何歳のときですか。
（複数回ある場合は、それぞれの年齢と改築内容）

歳 か月（改築内容： ）

歳 か月（改築内容： ）

歳 か月（改築内容： ）

次の質問からは、現在の生活環境と、このお子さまが生まれてから1歳6か月までの間の生活環境についてお尋ねします。
 (生後から1歳6か月の間に、転居などで生活環境が変化した場合は、居住期間が最も長かった場所についてお伺いします。
 生後から1歳6か月までのあいだに居住期間が最も長かったのは、生後居住歴 No. _____)

問 **現在**、冬に居間の暖房には次のどれを使っていますか。(あてはまる番号をすべて 印で囲んで下さい。)

1. 石油ストーブ、石油ファンヒーター
2. ガスストーブ、ガスファンヒーター
3. 石油(もしくはガス)クリーンヒーター
4. エアコン、スチーム、オイルヒーター
5. 電気こたつ・ストーブ、ホットカーペットなどの電気暖房器具
6. セントラルヒーティング、床暖房
7. 炭、練炭の火鉢やこたつなど
8. 真冬でも暖房器具は使用しない

問 (問 で「1, 2, 3」のいずれかに をつけた方のみお答え下さい。)
 冬に居間でふだん使用する暖房器具には排気口または煙突がありますか。

1. はい



屋外への排気パイプがついている。

2. いいえ



屋外への排気パイプがない。

問 **生後から1歳6か月までの間**、冬に居間の暖房には次のどれを使用しましたか。(あてはまる番号をすべて 印で囲んで下さい。)

1. 石油ストーブ、石油ファンヒーター
2. ガスストーブ、ガスファンヒーター
3. 石油(もしくはガス)クリーンヒーター
4. エアコン、スチーム、オイルヒーター
5. 電気こたつ・ストーブ、ホットカーペットなどの電気暖房器具
6. セントラルヒーティング、床暖房
7. 炭、練炭の火鉢やこたつなど
8. 真冬でも暖房器具は使用しなかった

問 (問 で「1, 2, 3」のいずれかに をつけた方のみお答え下さい。)
 冬に居間でふだん使用する暖房器具には排気口または煙突がありましたか。

1. はい



屋外への排気パイプがついている。

2. いいえ



屋外への排気パイプがない。

問. **現在**、居間で加湿器を使うことがありますか。

1. はい
 2. いいえ
- (「はい」のときは、下の質問へ)

その加湿器の種類はどれですか。

1. 加熱式
2. 超音波式
3. その他・不明

問 **現在**、浴室や洗面所も含めて部屋の中にカビが生えているところがありますか。

1.はい(具体的な場所:)

2.いいえ

問. **生後から1歳6か月までの間**、居間で加湿器を使うことができましたか。

1. はい
 2. いいえ
- (「はい」のときは、下の質問へ)

その加湿器の種類はどれでしたか。

1. 加熱式
2. 超音波式
3. その他・不明

問 **生後から1歳6か月までの間**、浴室や洗面所も含めて部屋の中にカビが生えているところがありましたか。

1.はい(具体的な場所:)

2.いいえ

問 **現在**、居間の床は次のどれに該当しますか。

1. たたみ
2. たたみの上にじゅうたん
3. 板張り、フローリング、タイル
4. 板張り、フローリング、タイルなどの上にじゅうたん
6. その他()

問 **現在**、ふだん寝ていた部屋の床は次のどれに該当しますか。

1. たたみ
2. たたみの上にじゅうたん
3. 板張り、フローリング、タイル
4. 板張り、フローリング、タイルなどの上にじゅうたん
6. その他()

問 **現在**、次の器具のうち、家庭内で使用しているものはどれですか。(あてはまる番号をすべて印で囲んで下さい。)

1. 空気清浄機(エアコンの空気清浄機能を含む)
2. 除湿器(エアコンのドライ機能は含まない)
3. 衣類乾燥機
4. いずれも使用しない

問 **生後から1歳6か月までの間**、居間の床は次のどれに該当しますか。

1. たたみ
2. たたみの上にじゅうたん
3. 板張り、フローリング、タイル
4. 板張り、フローリング、タイルなどの上にじゅうたん
6. その他()

問 **生後から1歳6か月までの間**、ふだん寝ていた部屋の床は次のどれに該当しますか。

1. たたみ
2. たたみの上にじゅうたん
3. 板張り、フローリング、タイル
4. 板張り、フローリング、タイルなどの上にじゅうたん
6. その他()

問 **生後から1歳6か月までの間**、次の器具のうち、家庭内で使用していたものはどれですか。(あてはまる番号をすべて印で囲んで下さい。)

1. 空気清浄機(エアコンの空気清浄機能を含む)
2. 除湿器(エアコンのドライ機能は含まない)
3. 衣類乾燥機
4. いずれも使用しなかった

問 **現在**、お子さまの寝具は、ふだん押し入れにしまっ
ていますか。

1. はい
2. いいえ

問 **現在**、お子さまの寝具は、ベッドですか。

1. はい
2. いいえ

問 **現在**、お子さまの寝具に、防ダニシーツを使用し
ていますか。

1. はい
2. いいえ

問 **現在**、週に何回ぐらい、居間(ふだん過ごす部屋)
を掃除しますか。

週に 回

(週に1回未満の場合、____日に1回)

問 **生後から1歳6か月までの間**、お子さまの寝具は、
ふだん押し入れにしまっていましたか。

1. はい
2. いいえ

問 **生後から1歳6か月までの間**、お子さまの寝具は、
ベッドでしたか。

1. はい
2. いいえ

問 **生後から1歳6か月までの間**、お子さまの寝具に、
防ダニシーツを使用していましたか。

1. はい
2. いいえ

問 **生後から1歳6か月までの間**、週に何回ぐらい、
居間(ふだん過ごす部屋)を掃除しましたか。

週に 回

(週に1回未満の場合、____日に1回)

問 **これまでに、家でペットを飼ったことがありますか。**

1. 飼ったことがある。
 2. 飼ったことはない。
- (回答が「2」のときは、問 へ)

問 飼ったことがあるペットは何ですか。
また、飼っていた期間(飼い始め～飼い終わり)についてもご記入ください。

ペットの種類	室内・室外	飼っていた期間 お子さまの年齢(年 月～ 年 月)
		___歳___か月から___歳___か月 (___年___月から___年___月)
		___歳___か月から___歳___か月 (___年___月から___年___月)
		___歳___か月から___歳___か月 (___年___月から___年___月)
		___歳___か月から___歳___か月 (___年___月から___年___月)

喫煙

問. このお子さまの妊娠中に、あなた（母親）はタバコを吸いましたか。

1. 妊娠中は、吸っていない。
2. 妊娠が分かり、タバコを止めた。（妊娠_____週目）
3. 妊娠中ずっと吸っていた。

問 このお子さまの妊娠中に、ご家族または同居者の方は、あなた（母親）と一緒にいる時に、タバコを吸う人がいましたか。

1. はい
2. いいえ

問 このお子さまが生まれてから1歳6か月までのあいだ、あなた（母親）はタバコを吸いましたか。

1. はい（1日_____本ぐらい）
2. いいえ

問 このお子さまが生まれてから1歳6か月までのあいだ、ご家族または同居者の方は、お子さまと一緒にいる時に、タバコを吸う人がいましたか。

1. はい
2. いいえ（「いいえ」のときは、問 へ）

「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

ご家族または同居者の方は、お子さまと一緒にいる時に、1日何本吸いますか。
（吸う人ごとに本数をお答えください。吸わないときは0本と答えて下さい。）

父	1日	_____本
祖父	1日	_____本
祖母	1日	_____本

その他の同居者

()	1日	_____本
()	1日	_____本
()	1日	_____本
()	1日	_____本

栄養方法（母乳栄養、人工栄養、混合栄養）

問 お子さまの栄養方法についてお尋ねします。
(母子健康手帳に記録がありますので、該当ページを拝見してもよろしいでしょうか)

母子健康手帳での確認の有無

1. 確認あり
2. 確認なし

母子健康手帳の記載欄	栄養方法
初めてのお乳	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明
入院～退院時	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明
生後1～4週時	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明
1か月健康診査	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明
3～4か月健康診査	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明
6～7か月健康診査	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 不明

離乳時期

問 離乳食を始めたのは、お子さまが何か月のときですか。

か月。

予防接種

問 お子さまは次の予防接種を受けたことがありますか。受けたのは何歳のときですか。または何年何月ですか。
(母子健康手帳に記録がありますので、該当ページを拝見してもよろしいでしょうか)

母子健康手帳での確認の有無

1. 確認あり

2. 確認なし

		回答	回答が「はい」のとき 接種時期
BCG		はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
ジフテリア, 百日せき, 破傷風 (3種混合)	第1期1回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第1期2回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第1期3回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第1期追加	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
ポリオ		はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
はしか, 風しん (MR)	第1期	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第2期	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
日本脳炎	第1期1回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第1期2回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	第1期追加	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
【任意接種】おたふくかぜ		はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
【任意接種】水痘(みずぼうそう)		はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
【任意接種】 インフルエンザ	1回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)
	2回	はい・いいえ・不明	歳 か月(年 月)

身長・体重

問 出生時のお子さまの身長と体重はどれくらいでしたか。
(母子健康手帳に記録がありますので、該当ページを拝見してもよろしいでしょうか)

母子健康手帳での確認の有無 1. 確認あり
2. 確認なし

cm

kg

問 1歳6か月するときの身長と体重はどれくらいでしたか。
(母子健康手帳に記録がありますので、該当ページを拝見してもよろしいでしょうか)

母子健康手帳での確認の有無 1. 確認あり
2. 確認なし

cm

kg