

附録1 聴覚の傷病歴等に関わる質問紙 (若齢者用)

実施日: 年 月 日 No.

被験者名: \_\_\_\_\_ 性別: 男・女 生年月日: 昭・平 年 月 日

※お差し支えのない範囲で、以下の設問にお答えください。

1. 本日の体調はいかがですか? (例: 風邪を引いている等) 良い 悪い  
 <悪い>であれば、詳細を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
2. 現在あるいは過去に、音の聴き取りに何らかの異常を感じたことはありますか?  
 (例: 聞き取りにくい, 感染症, 耳鳴り, めまい, 水がたまる) はい いいえ  
 <はい>であれば、詳細 (時期, 症状, 完治したか) を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
3. 耳鳴りが気になることがありますか? はい いいえ  
 <はい>であれば、どちらの耳でどう聞こえるか教えてください。(例: ピー, ゴー, シャー)  
 ( \_\_\_\_\_ )
4. 耳に関わるケガや病気のために通院した経験はありますか? はい いいえ  
 <はい>であれば、詳細を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
5. 薬の摂取や注射によって、音が聞き取りにくくなった経験はありますか?  
 または、現在、音の聞こえに影響があると言われた薬をお飲みですか?  
はい いいえ
6. 騒音の高い場所で、長時間仕事 (アルバイト) をした経験はありますか (例: 工場)? はい いいえ  
 <はい>であれば、勤務期間, 騒音の大きさ等の詳細を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
7. その大きな音を聞いたときに耳栓を着けていましたか? はい いいえ
8. 大きな音量で聞く音楽コンサートによく行きますか?  
 (ほとんど) 一度もない ときどき (年に1回程度) よく行く (年に2回以上)
9. 楽器を演奏しますか? はい いいえ  
 <はい>であれば、詳細 (種類, 期間) を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
10. ヘッドホンステレオをよく使いますか?  
 (ほとんど) 一度もない ときどき (週2時間未満) ほとんど毎日 (週2時間以上)
11. バイク, チェーンソー, 銃撃 (砲火), 爆竹, 爆発等の大音量に曝された経験はありますか? はい いいえ  
 <はい>であれば、どのような種類の音をどの程度の頻度で受けたかを教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
12. 家族に若い頃から聴覚障害を持つ人がいますか? また、過去にいましたか? (差し支えなければ、お答えください) はい いいえ  
 <はい>であれば、どのような症例かを教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )
13. 過去に聴力検査を受けた事がありますか? はい いいえ  
 <はい>であれば、いつどこで受けましたか?  
 ( \_\_\_\_\_ )

A.聴力検査のための調査票

A. 聴力検査のための質問票

1. 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_
2. あなたはかつて耳の病気にかかったことがありますか（例：感染症，耳鳴り，排膿・排液，など）  
はい いいえ 「はい」の場合詳しく： \_\_\_\_\_
- 
3. あなたはかつて耳の中の手術を受けたことがありますか。 はい いいえ 「はい」の場合詳しく \_\_\_\_\_
- 
4. あなたはかつて薬や注射をして耳の聞こえが悪くなったことがありますか。 はい いいえ
5. あなたは以前，話し声が聞き取りにくいほど騒音がうるさいところで，長期間働いたことがありますか。 はい いいえ 「はい」の場合詳しく \_\_\_\_\_
- 
6. その時なんらかの聴覚保護具を着用しましたか。 はい いいえ
7. あなたはロックコンサートやディスコに行きましたか？ ほとんどない ときどき たまに
8. あなたは楽器を弾きますか？ はい いいえ 「はい」の場合詳しく \_\_\_\_\_
- 
9. あなたはウォークマンを聴きますか？ ほとんどない ときどき ほとんど毎日
10. あなたはかつて，オートバイ，チェーンソー，銃砲撃，爆竹，爆発のような，なにか大きい音に曝されたことがありますか。 はい いいえ 「はい」の場合詳しく \_\_\_\_\_
- 
11. 家族のだれかに聴覚障害者がいますか。 はい いいえ 「はい」の場合詳しく \_\_\_\_\_
- 
12. これまでに聴力検査を受けたことがありますか？ はい いいえ 「はい」の場合，いつどこで受けましたか？ \_\_\_\_\_
- 
13. 次の中でご自分の症状に近いものがあればチェックしてください。  
耳が痛い 耳だれが出る 耳がつまった感じがする 自分の声がひびく  
耳鳴りがする 突然，聞こえが悪くなった めまいがする

B.被害状況の調査票

B. 被害状況の調査票

あなたは現在、自宅で低周波音の被害をうけていますか

はい いいえ

「はい」と答えた方は以下の質問にお答えください。

あなたが自宅で低周波音の被害を受けているときの、あなたの症状や自宅の状況などについてお尋ねします

- |                     |                             |                               |                              |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1. 頭や耳の周りに圧迫感を感じますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 頭や耳の周りに振動感を感じますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 低い音が気になりますか      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 耳鳴りを感じますか        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 壁や床に振動を感じますか     | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. がたつき音がありますか      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 健康被害を受けていると思いますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |                              |

「はい」の場合詳しく:

---

---

---

---

---

8. 医療機関でそのための治療を受けていますか はい いいえ

「はい」の場合詳しく:

---

---

---

---

9. 自治体に相談したことがありますか はい いいえ

「はい」の場合詳しく:

---

---

---

---

- 10.発生源は何だと思われますか(具体的に書いて下さい):

---

---

---

---

---

---

③

健 康 調 査 票

この調査票は、あなたの健康のあらましを調べるためのものです。③ 扱いとして、他人には絶対知られぬようにしますから、ありのままをご記入ください

下の太枠内のみにご記入ください。( )で囲んである項目はあなたに該当するものに○をつけてください。終わりましたら次のページに進んで下さい。

記入年月日	平成	年	月	日
氏 名	性別 ( 1.男 2.女 )			
生年月日 ( 1.大正 2.昭和 3.平成 )	年	月	日	才
住 所	電話 ( )			
職 業 1. 現場作業, 2. 事務・技術, 3. 営業, 4. 農・漁業, 5. 商・工業, 6. その他				

\* 記入しないでください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A					I				
E					J				
F					K				
G					L				
H									

附録4 THI 東大式自記健康調査票

これからの質問に対して、自分をもっともよく当てはまる答えに○をつけて下さい。はっきりしない場合にも、よく考えて、いつれかに必ず○をつけて下さい。

1	F	甘いものが好きですか	はい	どちらでもない	いいえ
2	G	早寝早起きのほうですか	はい	どちらでもない	いいえ
3	I	頭が痛くなることがありますか	よく	ときどき	いいえ
4	A	最近せきが出ますか	よく	ときどき	いいえ
5	H	イライラすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
6	J	よく赤面することがありますか	はい	どちらでもない	いいえ
7	E	神経が敏感なほうですか	はい	どちらでもない	いいえ
8	K	近ごろ元気がないですか	はい	どちらでもない	いいえ
9	L	金持ちをうらやましいと思いませんか	はい	どちらでもない	いいえ
10	I	目まいがすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
11	F	寒がりやですか	はい	どちらでもない	いいえ
12	G	間食をしますか	よく	ときどき	いいえ
13	I	頭がぼんやりすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
14	A	くしゃみが出るることがありますか	よく	ときどき	いいえ
15	H	人に待たされるとイライラしますか	はい	どちらでもない	いいえ
16	J	過ぎたことをくよくよ考えますか	はい	どちらでもない	いいえ
17	E	よく考えてから行動しますか	はい	どちらでもない	いいえ
18	I	手足がだるいことがありますか	よく	ときどき	いいえ
19	J	他人に誤解されやすい性格だと思いませんか	はい	どちらでもない	いいえ
20	G	人に顔色が悪いと言われるですか	よく	ときどき	いいえ
21	H	自分の気に入らないことがあるとカッとしますか	はい	どちらでもない	いいえ
22	A	のどがつまったような感じがしますか	よく	ときどき	いいえ
23	K	人生が悲しく希望が持てないですか	はい	どちらでもない	いいえ
24	F	自分の体重についてどう思っていますか	ふとりすぎ	ふつう	やせすぎ
25	I	体のあちこちが痛むことがありますか	よく	ときどき	いいえ
26	L	知っている人の中にはきれいな人もいますか	はい	どちらでもない	いいえ
27	K	いつもおもしろくなく気がふさぎますか	はい	どちらでもない	いいえ
28	L	大勢の前でも平気で意見の発表ができますか	はい	どちらでもない	いいえ
29	I	頭が重いことがありますか	よく	ときどき	いいえ
30	J	人が自分のことをどう思っているか気になりますか	はい	どちらでもない	いいえ
31	E	苦勞性だと思いませんか	はい	どちらでもない	いいえ
32	G	食欲のないときがありますか	よく	ときどき	いいえ
33	H,L	無礼な人にはぶあいそうになりますか	はい	どちらでもない	いいえ
34	F	立ちくらみすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
35	K	会合に出席してもいつも孤独を感じますか	はい	どちらでもない	いいえ

附録4 THI 東大式自記健康調査票

36	L	宗教書や哲学書を読みますか	よく	ときどき	いいえ
37	A	痰(たん)がからむことがありますか	よく	ときどき	いいえ
39	I	生つばがでることがありますか	よく	ときどき	いいえ
39	I	肩がこったり痛んだりすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
40	J	冷汗をかくことがありますか	よく	ときどき	いいえ
41	E	衣服や手のよごれが気になりますか	はい	どちらでもない	いいえ
42	I	目がぼんやりすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
43	G	医者から血圧のことで何か言われましたか	高血圧	いいえ	低血圧
44	H	不平不満が多いほうだと思いますか	はい	どちらでもない	いいえ
45	K	ひとりぼっちだと感じるがありますか	よく	ときどき	いいえ
46	L	人のうわさ話をするがありますか	よく	ときどき	いいえ
47	A	鼻水が出るがありますか	よく	ときどき	いいえ
48	I	腰の痛むがありますか	よく	ときどき	いいえ
49	J	気疲れするほうですか	はい	どちらでもない	いいえ
50	I	体が熱つぽかったり微熱があったりしますか	よく	ときどき	いいえ
51	L	その日のうちにすべき事は必ずその日のうちにしますか	はい	どちらでもない	いいえ
52	I	背中や背骨が痛むがありますか	よく	ときどき	いいえ
53	G	仕事がついと感ずることがありますか	よく	ときどき	いいえ
54	H	深く考えずに行動することがありますか	よく	ときどき	いいえ
55	F	酒をたくさん飲みますか	はい	少し	全く飲まない
56	K	人に会いたくないときがありますか	よく	ときどき	いいえ
57	E	物事に敏感なほうですか	はい	どちらでもない	いいえ
58	I	急いで歩くと動悸が激しくなりますか	よく	ときどき	いいえ
59	J	試験の時や目上の人への質問に答える時汗をかきますか	はい	ときどき	いいえ
60	F	体が弱いほうですか	はい	少し	いいえ
61	J	見知らぬ場所では落ち着きませんか	はい	どちらでもない	いいえ
62	J	気分が波がありすぎると感じますか	はい	どちらでもない	いいえ
63	G,I	近ごろ体がだるいですか	いつも	ときどき	いいえ
64	J	ちょっとしたことが気になりますか	はい	どちらでもない	いいえ
65	A	かぜをひきやすいですか	はい	どちらでもない	いいえ
66	B,I	目が痛かったり熱く感じたりすることがありますか	よく	ときどき	いいえ
67	J	目上の人と近づくとふるえそうになりますか	はい	どちらでもない	いいえ
68	A,I	鼻がつまるがありますか	よく	ときどき	いいえ
69	K	ひげ目を感じるがありますか	よく	ときどき	いいえ
70	G	近ごろ朝起きるのがつらいですか	いつも	ときどき	いいえ

附録4 THI 東大式自記健康調査票

71	J	どなりつけられると体がすくみますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
72	I	胸やけすることがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
73	G	朝食を食べないことがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
74	H	ちょっとしたことですぐカッとしますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
75	A	息をするとゼイゼイと音がしますか	-----	よく	ときどき	いいえ
76	K	ゆううつなときがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
77	L	新聞の社説は毎日読みますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
78	I	横になって休みたいことがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
79	J	夜中の突然の音などでおびえることがありますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
80	A,I	のどが痛かったりいがらっぽかたりしますか	-----	よく	ときどき	いいえ
81	E	神経質だと思いますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
82	K	自分の生き方はまちがっていたと思いますか	-----	よく	ときどき	いいえ
83	L	他人に自分をよく見せたいですか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
84	F	心配性だと思いますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
85	G	近ごろ寝不足ですか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
86	H	人に命令されるのはきらいですか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
87	F	気が小さいと思いますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
88	A	痰(たん)がでることがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
89	K	近ごろ何かにつけて自信がなくなってきましたか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
90	I	顔がほつてたり頭がのぼせたりしますか	-----	よく	ときどき	いいえ
91	J	人に見られていると仕事が手につきませんか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
92	G	食事の不規則なことがありますか	-----	よく	ときどき	いいえ
93	E	気むずかしいほうですか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
94	H	人にせかされるとしゃくにさわりますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ
95	L	短時間にたくさんの仕事をする自信がありますか	-----	はい	どちらでもない	いいえ

これで質問は終わりですが、これらの質問のうち、あるいはそれ以外で特に気になることがあれば下に書いてください。なければ、もう一度最初から、記入もれがないか確かめて下さい。

## 実験の説明

この実験では、どれだけ小さな音まで聞こえるかを測定します。

スピーカから、非常に小さな音が出てきます。音は、次第に大きくなったり小さくなったりしますので、音が聞こえているあいだ、押のキーを押し続けてください。聞こえないときは、キーから指を離してください。（音は途切れて聞こえますが、そのタイミングに合わせてキーを押したり離したりする必要はありません。）

非常に低くて聞き取りにくい音も出てきますので、注意して聞いてください。また、実験中はできるだけ頭を動かさないように、まっすぐ前を向いていてください。

実験は約10分間ずつ区切って行いますが、途中で中断することもできます。必要なときはインターホンのボタンを押して、いつでもご連絡ください。

何か質問はありませんか？



## 実験の説明

この実験では、音に対する許容度を測定します。

まず、〇〇さんは今、

自宅の寝室で寝ようとしているところ

であると想像してください。

赤いランプが点灯した後、スピーカから音が出てきます。音は10秒間続きますので、よく聞いてください。

このような音が、寝室にいる間ずっと聞こえているとしたら、〇〇さんはそれを許容する（受け入れる、我慢する）ことができるでしょうか？

音が消えて緑のランプが点灯しましたら、「許容できる」から「まったく許容できない」の4段階で教えてください。音が小さすぎて聞こえなかった場合には、「聞こえませんでした」と教えてください。

その後、また赤いランプが点灯して別の音が出てきますので、同じように、どの程度許容できるかを教えてください。

なお、以前の音に対する答えを気にする必要はありません。出てくる音それぞれについて、判断して教えてください。

実験中は、できるだけ頭を動かさないように注意してください。実験は約15分間ずつ区切って行いますが、途中で中断することもできます。

〇〇さんの声は外に聞こえるようになっていきますので、必要なときはいつでもご連絡ください。

何か質問はありませんか？

## 実験の説明

この実験では、音に対する許容度を測定します。

まず、〇〇さんは今、

自宅の居間で静かに座って新聞を読んでいるところ

であると想像してください。

赤いランプが点灯した後、スピーカから音が出てきます。音は 10 秒間続きますので、よく聞いてください。

このような音が、居間にいる間ずっと聞こえているとしたら、〇〇さんはそれを許容する（受け入れる、我慢する）ことができるでしょうか？

音が消えて緑のランプが点灯しましたら、「許容できる」から「まったく許容できない」の 4 段階で教えてください。音が小さすぎて聞こえなかった場合には、「聞こえませんでした」と教えてください。

その後、また赤いランプが点灯して別の音が出てきますので、同じように、どの程度許容できるかを教えてください。

なお、以前の音に対する答えを気にする必要はありません。出てくる音それぞれについて、判断して教えてください。

実験中は、できるだけ頭を動かさないように注意してください。実験は約 15 分間ずつ区切って行いますが、途中で中断することもできます。

〇〇さんの声は外に聞こえるようになっていきますので、必要なときはいつでもご連絡ください。

何か質問はありませんか？

## 実験の説明

この実験では、音が気になる程度を測定します。

赤いランプが点灯した後、スピーカから音が出てきます。音は 10 秒間続きますので、よく聞いてください。

このような音が、ずっと聞こえているとしたら、〇〇さんはそれがどの程度気になるのでしょうか？

音が消えて緑のランプが点灯しましたら、「まったく気にならない」から「非常に気になる」の 4 段階で教えてください。音が小さすぎて聞こえなかった場合には、「聞こえませんでした」と教えてください。

〇〇さんが今、どこで何をしながらこの音を聞いているかは指定しません。特定の場面を想像せずに判断してください。

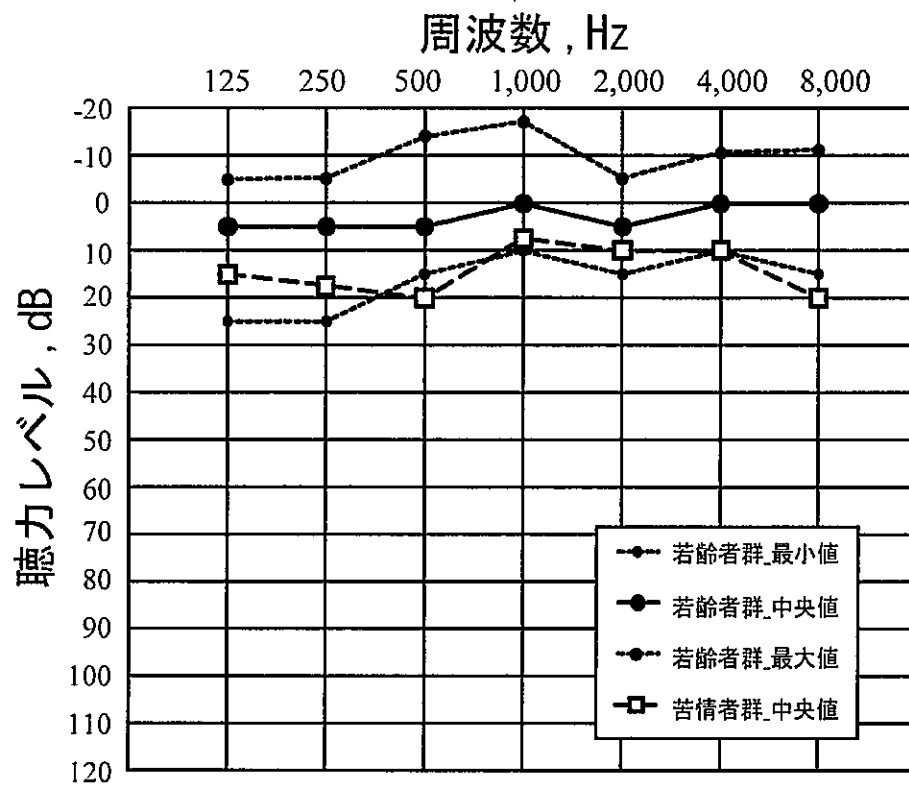
その後、また赤いランプが点灯して別の音が出てきますので、同じように気になる程度を教えてください。

なお、以前の音に対する答えを気にする必要はありません。出てくる音それぞれについて、判断して教えてください。

実験中は、できるだけ頭を動かさないように注意してください。実験は約 15 分間ずつ区切って行いますが、途中で中断することもできます。

〇〇さんの声は外に聞こえるようになっていきますので、必要なときはいつでもご連絡ください。

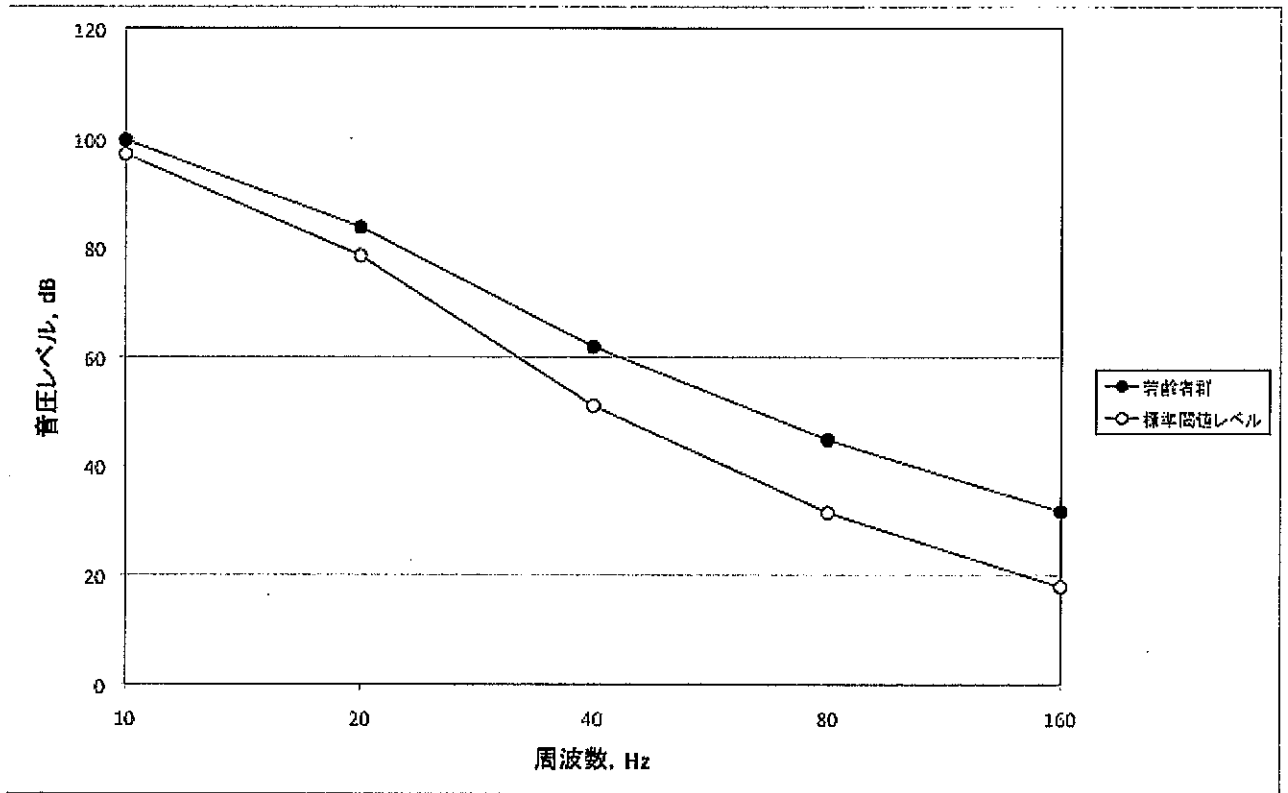
何か質問はありませんか？



(注) 若齢者群では良聴耳の値を, 若情者群では2日間の測定を通した良聴耳の値を示す。

附録10 「THI東大式自記健康調査票」の尺度得点

尺度		1.多愁訴	2.呼吸器	6.直情径行性	7.虚構性	8.情緒不安定	9.抑うつ性	10.攻撃性	11.神経質	12.生活不規則性
今回の実験 の苦情者群	平均値	50.5	23.5	17.5	21.5	35.5	25.5	13.0	17.5	25.0
前回の実験 の苦情者群	平均値	42.2	20.1	20.6	20.0	28.9	17.9	12.7	19.0	20.1
	標準偏差	10.6	6.6	3.0	3.8	6.5	4.8	2.2	2.1	4.3



附録12 「気になるレベル」

