

# 参考資料



# 質問票の項目例

**A お子さんの病気や健康上の問題についてうかがいます。**

質問3 お子さんに「生まれてからこれまで」にあった事をお聞きます。

質問3-1 **生まれてからこれまでに、医師から以下の病気と診断された事がありますか**（現在も継続して通院、治療している場合も含みます）。あてはまるものを**全て**☑してください。

**a. 神経系**  
 レット症候群     多発性硬化症     シアルコーマリートゥース病  
 重症筋無力症     筋ジストロフィー

**b. 炎症性腸疾患**  
 潰瘍性大腸炎     クローン病

**c. 膠原病**  
 全身性エリテマトーデス(SLE)  
 若年性特発性関節炎     若年性慢性関節炎  
 上記以外の膠原病（病名：

質問7-2 **最近12か月のあいだに、ゼーゼーまたはヒューヒューしたために、平均してどのくらいの頻度でお子さんの睡眠は妨げられましたか。**

ゼーゼーまたはヒューヒューのために目を覚ましたことはない  
 1週間に1晩より少ない     1週間に1晩以上

質問7-3 **最近12か月のあいだに、お子さんは、呼吸の合間（あいま）にひと言、ふた言しか話せないほどひどくゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありましたか。**

**C お子さんの食事についてうかがいます。**

質問18 お子さんが今現在、一部の食べ物を食べないようにしているかうかがいます。

質問18-1 以下の表の各食物について、質問a～dにお答えください。**aは必ずいずれかの選択肢に☑してください。**b～dは該当すれば☑してください。

	a				b 血液検査・皮膚検査で異常がある	c 実際に食べている際の症状	d							
	現在の摂食状況についてあてはまるものを、以下の選択肢から1つ選んでください。	現在普通に食べ	今まで全く食べ	今現在、一部食べ			左のcで症状が出たことがある場合、摂食後3時間以内に以下の症状がありましたか。全て選んでください。	嘔吐	腹痛	げんき	せき	口のなか	違和感	
鶏卵(たまごを含む食べ物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
牛乳(ヨーグルト)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**E この1か月間のあなた（質問2の記入者）の子育ての状況についてうかがいます。**

質問20 あなた以外に、お子さんの面倒を見てくれる人がいますか。

いる →  いない → 質問21へ

あてはまる方（お子さんから見た続柄）を全て選んでください。

父     母     祖父     祖母     おじ     おば  
 あなたの友人     隣人     学童保育     その他（)

# 出生時の調査(医師記入)

出生時計測：体重    g 身長   cm 頭囲   cm  
 胸囲   cm 胎盤重量    g

胎盤・臍帯異常： なし  あり→ (内容：)

母親の入院期間：( )月( )日～( )月( )日  日間

児の入院期間：( )月( )日～( )月( )日  日間

新生児黄疸： なし  あり→ (生後\_\_\_\_日目 Bil値 )  
 治療： 光線療法  時間  交換輸血  
 治療なし

新生児合併症： なし  あり→ (診断名：)

新生児搬送： なし  あり→ (医療機関名：)

■母体妊娠経過情報

妊娠前の体重：   kg (計測日：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

分娩直前の体重：   kg (計測日：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日、妊娠\_\_\_\_週)

妊娠中の血糖値：   mg/dl (計測日：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日、妊娠\_\_\_\_週)  
 (  随時血糖  空腹時血糖)

母体感染症： なし  あり↓

HBs抗原陽性(HBe抗原陽性)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	HBs抗原陽性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
HCV抗体陽性(HCV-RNA陽性)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	HCV抗体陽性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
梅毒反応陽性(SIS-RPR陽性)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	梅毒反応陽性(TPHA-FTAABS陽性)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
HIV感染(ウェスタンブロット或いはRT-PCRで確認されたもの)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	
HTLV-1抗体陽性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	頭頸クラミジア抗原陽性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
G B S 陽性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	カンジタ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
風疹： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	トキソプラズマ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
C M V： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	単純ヘルペス： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
その他： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	

妊娠中に併発している疾患(合併症)： なし  あり↓

高血圧  甲状腺疾患(機能亢進症)  甲状腺疾患(機能低下症)  糖尿病  
 自己免疫性疾患  心疾患  腎疾患  肝炎  脳梗塞  脳内出血  てんかん  
 血液疾患  悪性腫瘍  精神疾患  神経疾患  血栓症  その他(病名 )

妊娠中に使用した薬剤：  
 なし  あり→  ステロイド  抗生物質  鉄剤  葉酸  
 その他 (  )

不育症治療(不妊治療、流産予防を含む)：  
 なし  あり→  低用量アスピリン  ステロイド  ヘパリン  プロゲステロン  
 免疫療法  漢方薬  その他 (  )

頭管熟化剤・陣痛促進剤：  
 なし  あり→  プラステロン硫酸ナトリウム(マイリスなど)  オキシトシン  PGE2  
 PGF2α  ゲメプロスト(プレグランディンなど)  
 その他 (  )

子宮収縮抑制剤：  
 なし  あり→  リトドリン  硫酸マグネシウム  インドメタシン  
 その他 (  )

分娩時(臍帯切断・消毒時)のヨード含有消毒剤使用： なし  あり

慢性疾患に対する定期的投薬：  
 なし  あり→ (内容：)

ヨード剤の使用(甲状腺疾患治療・造影検査など)：  
 なし  あり→ (時期：妊娠( )週ごろ)  
 (種類：)

妊娠中の栄養指導：  
 なし  あり→ (時期：妊娠( )週ごろ)  
 理由：)

産科・分娩合併症：(\*ありの場合、診断した妊娠週数を[( )週( )日]欄に記入)

なし  あり→

<input type="checkbox"/> 切迫流産 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 切迫早産 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 前期破水 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 前置胎盤 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 胎児機能不全 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 羊水過少 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 羊水過多 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 羊水混濁 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 羊水塞栓 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 癒着胎盤 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 子宮脱胎盤滞留 [( )週( )日]	<input type="checkbox"/> 子宮内胎児死亡 [( )週( )日]
<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群(軽症) [( )週( )日]	
<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群(重症) [( )週( )日]	
<input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> ) [( )週( )日]	
<input type="checkbox"/> 子宮内感染	

母体死亡  集中治療室入室(転帰：)  
 輸血 (  )

## 年次(6か月～12歳)の質問票(保護者記入) (病気の状況の例として3歳質問票から抜粋)

### C お子さんの病気や健康上の問題についてうかがいます。

質問8 お子さんは、2歳からこれまでに、医師から以下の病気だと診断された事がありますか。“診断された事がある”場合は、通院中の(あるいは診断された)医療機関・診療科・担当医名を下の記入欄に記入してください。(病気の詳しい内容について、医療機関に問い合わせをさせていただくことがあります)

#### a. 免疫系、内分泌系

川崎病 (  1回目  2回目  3回目  それ以上 )  
※初めてかかった場合は1回目、退院し外来治療が終わった後に再び川崎病にかかった場合は2回目以降を選んでください。

思春期早発症

ホルモン・代謝の病気 (成長ホルモンの病気、甲状腺機能の病気、糖尿病など) (病名: )

#### b. てんかん・けいれん ※1日のうち2回けいれんしても1回と数えます。

てんかん (病名: )

熱性けいれん: 生まれてからの合計回数 (  1回  2回  3～9回  10回以上 )

胃腸炎に伴ったけいれん: 生まれてからの合計回数 (  1回  2回以上 )

その他原因不明のけいれん: 生まれてからの合計回数 (  1回  2回以上 )

#### c. 神経疾患

脳性まひ: (診断された方) 肢体不自由による身体障害者手帳1級あるいは2級 (  あり  なし )

#### d. 腫瘍

白血病  脳腫瘍  その他の腫瘍 (良性腫瘍なども含む) (病名: )

#### e. 上記 a～d で診断されたものはない

【通院中の(あるいは診断を受けた)医療機関・診療科・担当医名】

a～dの病名	医療機関・診療科・担当医名 (複数ある場合は主たる病院から順に書いてください)

質問9 質問8に出てこなかった病気についてうかがいます。お子さんは、2歳からこれまでに、医師から以下の病気だと診断された事がありますか (継続して通院、治療している場合も含みます)。あてはまるものを全て選んでください。

#### a. 免疫系

気管支ぜん息  食物アレルギー  アトピー性皮膚炎  
 アレルギー性結膜炎 (花粉症による場合も含む)  じんま疹  
 アレルギー性鼻炎 (花粉症による場合も含む)  アレルギー性紫斑病  
 免疫不全症

#### b. 感染症

脳炎・脳症  細菌性髄膜炎  ウイルス性髄膜炎・無菌性髄膜炎  
 心筋炎  感染性心内膜炎  肝炎(原因: )  
 急性虫垂炎: 診断された方 (  手術した  手術していない )  
 尿路感染症(ぼうこう炎など)  水痘 (みずぼうそう)  インフルエンザ  
 溶連菌感染症  麻疹 (はしか)  百日ぜき  
 風疹 (三日はしか)  流行性耳下腺炎(おたふくかぜ、ムンプス)  
 その他の感染症 (病名: )

#### c. その他

鉄欠乏性貧血  鉄欠乏性貧血以外の貧血 (病名: )  
 特発性血小板減少性紫斑病  
 不整脈  心筋症  
 乳房腫大  周期性嘔吐症  
 目や耳の病気 (弱視、斜視、難聴等) (病名: )  
 チック  運動発達遅滞  精神発達遅滞 (言葉の遅れも含む)  
 自閉症または類縁障がい (自閉症スペクトラム障害、広汎性発達障害、アスペルガー障害など)  
 摂食障害 (水分や食事をうまく飲み込めない)  
 熱傷、火傷 (やけど)  外傷 (頭部打撲など) (病名: )  
 骨折 (部位: )  
 その他 (病名: )

#### d. 上記 a～c で診断されたものはない

## 年次(6か月～12歳)の質問票(保護者記入) (環境の状況の例として3歳質問票から抜粋)

K ご自宅の環境についてうかがいます。

以下の質問48～59については、この1年間についてうかがいます。

質問48 この1年間に、引っ越しをしましたか。

はい → 以下の質問48-1～3にもお答えください  いいえ → 質問49へ

質問48-1 ご自宅はどれに該当しますか。集合住宅の場合、何階建ての何階にお住まいかもお答えください。

一戸建て  
 集合住宅(アパート、マンションなど) →  階建ての  階  
 その他( )

質問48-2 ご自宅は建築後何年ですか。

1年未満  1年以上3年未満  3年以上5年未満  
 5年以上10年未満  10年以上20年未満  20年以上  
 分からない

質問48-3 ご自宅の床面積はどのくらいですか。

30㎡以下(9坪以下)  31～60㎡(10～18坪)  61～90㎡(19～27坪)  
 91～120㎡(28～36坪)  121㎡以上(37坪以上)

質問49 この1年間に、ご自宅の大規模な増改築、外壁のペンキ塗り替え、内装工事を行いましたか。

はい  いいえ

質問50 この1年間に、ご自宅のシロアリ駆除を行いましたか。

はい  いいえ

質問51 この1年間に、居間(リビング)やお子さんの寝室で日常的に使用したものを全て選んでください。

エアコン  加湿器  除湿器(エアコンのドライ機能を含む)  
 空気清浄機  これらのものは使わなかった

質問52 この冬(直近の冬)、居間(リビング)やお子さんの寝室の暖房に使用したものを全て選んでください。

石油(ガス)ストーブ、石油(ガス)ファンヒーター  
 エアコン、セントラルヒーティング、床暖房、電気こたつ、電気ストーブ、ホットカーペット、オイルヒーター、石油(ガス)クリーンヒーター(煙突、排気筒があるもの)  
 炭・練炭のこたつ、火鉢、まき・木炭のストーブ、暖炉  
 その他( )  冬でも使用しない

質問53 この1年間に、台所で使用したものを全て選んでください。

ガス調理器  瞬間湯沸かし器  電子レンジ  
 電磁調理器(IH調理器など)  これらのものは使わなかった

質問54 この1年間に、家にあったものを全て選んでください。

カーペット  布張りソファ  羽毛布団  
 10個以上のぬいぐるみ  これらのものはなかった

質問55 この1年間に、お子さんのふとんにダニ防止カバーや防ダニ仕様の寝具を使用しましたか。

はい  いいえ

質問56 この1年間に、お子さんを車に乗せた状態で車にガソリンをいれたことがありますか。

週1回以上  月1～3回  年に数回  したことがない

質問57 この1年間に、お子さん自身やお子さんの衣類などに使用したものを全て選んでください。

虫除けの薬(虫よけスプレーや虫よけローションなど)  
 防水スプレー  薬用石けん、抗菌石けん  
 紫外線防護用の日焼け止め  これらのものは使わなかった

質問58 この1年間に、あなたがお子さんのそば(お子さんのいる部屋)で使用したものを全て選んでください。

体臭防止剤、制汗剤  香水などの香料  
 マニキュアや除光液  染毛剤(ヘアダイ)、パーマ液  
 これらのものは使わなかった

質問59 この1年間に、ご自宅で使用したものを全て選んでください。

虫除け(吊り下げ型、設置型、散布など)  蚊取り線香、電子蚊取り器  
 室内で殺虫剤のくん蒸・くん煙  衣類の防虫剤(天然の木材製などを除く)  
 室内で殺虫剤(スプレー、設置型など)  除草剤  
 芳香剤、消臭剤  これらのものは使わなかった

# 子どもアンケートの例（10歳～）



## ちようさ エコチル調査 こ 子どもアンケート（10歳） さい

このアンケートは、お家や学校などであなたがどのように過ごしているか、教えてもらうためのものです。

質問をよく読んで、あなたが思った通りに教えてください。

答えてくれたアンケートをだれかに見せたり、あなたから教えてもらったことについて、だれかに知らせたりすることはありません。安心して教えてください。



### こた と き ちゆうい 答える時に注意してほしいこと

- 質問に答えるときは、だれかに聞いたりしないで、あなた一人で教えてください（正確な調査をするために大切なことです）。
- 意味がわからない質問・答えたくない質問には、答えなくても良いです。
- 答え終わったアンケートは、お家の人からわたされた封筒に入れて、封筒のテープをはがしてしっかり閉じてから、お家の人にわたしてください。

あなたの健康のことや学校、生活について聞きます。

質問2 あなたの答えにいちばんよくあうものをひとつ選んで□の中を塗りつぶすか、□にしを書いてください。

これはテストではないので、まちがった答えというのではありません。  
答えを考えるときには、今日を含むこの1週間のことを思い出そうにしてください。

### しつもん しんたいかつどう けんこう 質問2-1 身体活動と健康

#### あなたの健康状態は全体的にどうですか

- 非常によい  
 とてもよい  
 よい  
 あまりよくない  
 よくない



#### この1週間について考えると・・・

	まったくあてはまらない	少しだけあてはまる	まあまあ	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1. 体調がよく、元気でしたか	<input type="checkbox"/>				
2. からだを活発に動かしましたか (例：走る、登る、自転車に乗る)	<input type="checkbox"/>				
3. 元気に走っていましたか	<input type="checkbox"/>				

#### この1週間について考えると・・・

	まったくない	ほとんどない	ときどき	よくある	いつもある
4. 元気いっぱいでしたか	<input type="checkbox"/>				