

令和元年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」 調査票(案)について

資料掲載順

No	内 容	掲載頁
1	【調査票(案)】0歳～3歳用	②-50
2	【調査票(案)】4歳～6歳用	②-52
3	【調査票(案)】小学生用	②-56
4	【調査票(案)】中学生用	②-60
5	【調査票(案)】一般用	②-64

～調査票(案)の変更点について～

令和元年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」については、前年度（平成30年度）調査の設問項目の追加・削除を行わず、レイアウトと回答選択肢の変更のみとする。回答選択肢の変更は、下記のとおり。

・【調査票（一般用）】

問11（震災以外のストレス要因の有無にかかる回答選択肢）

「 左記（）以外の転居」を「 左記（避難指示解除に伴う帰還）以外の転居」に変更する。

0000000000

問5. 対象のお子様が**1歳以上の方**に伺います。最近**1か月**間の食事について、当てはまる口に**✓**をご記入ください。(✓はどちらかひとつ)

- 1) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか..... はい いいえ
- 2) 漬物以外の野菜・海藻・きのこ類をほぼ毎食食べますか..... はい いいえ
- 3) 果物をほぼ毎日食べますか..... はい いいえ
- 4) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか... はい いいえ
- 5) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか..... はい いいえ

問6. 育児に自信が**もてない**ことがありますか。(✓はひとつ)

- はい いいえ 何ともいえない

問7. お子様の**発達や行動**について悩んでいることはありますか。(✓はひとつ)

- はい いいえ どちらとも言えない

問8. 現在、育児について相談できる身近な人や各種機関はありますか。(✓はどちらかひとつ)

- ある 相談できる人や機関はない

ある場合は、当てはまる□すべてに**✓**をご記入ください。

↓

- 家族
- 近所の人
- 友人
- 医療機関
- 児童相談所
- 保健師・助産師
- 保育士・幼稚園の先生
- その他 ()

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございます。



【お問い合わせ先】

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))


令和元年度

県民健康調査 こころの健康度・生活習慣に関する調査 調査票（4歳～6歳用）

0000000000

〒963-0000
福島市光が丘1番地
医大アパート302号室

オンライン用
整理番号
99999999
アクセスキー



00X0X0X
医大 太郎 様

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

お子様のご氏名： ふりがな	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お様の生年月日：平成 年 月 日	ご記入日：令和2年 月 日

保護者の方がご記入ください。

回答していただく保護者の方はどなたですか。

母親 父親 祖父母 その他 ()

回答する保護者の
ご氏名： _____

回答する保護者の
調査ナンバー： 8 _____

〒 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 区・町 _____ 郡 _____ 村 _____

(送付先住所変更)※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。

〒 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 区・町 _____ 郡 _____ 村 _____

アパート等名称・部屋番号 _____

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。
電話番号：(_____) _____ - _____ (_____ 様方)

携帯番号： _____ - _____ - _____

福 島 県
福島県立医科大学

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のお子様の健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

- 1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. お子様の現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

問3. お子様の、睡眠についてお尋ねします。

- 1) お子様ที่ 普段夜寝る時刻と朝起きる時刻は何時頃ですか。

(24時間表記により記入して下さい。
(例) 午後7時10分→19時10分、午前7時10分→7時10分)

寝る時刻 時分頃 起きる時刻 時分頃

- 2) お子様は お昼寝を しますか。(✓はどちらかひとつ)
する場合には だいたい の時間を ご記入ください。

1 いいえ 2 はい 3 およそ 時間 分くらい

問4. お子様は普段、運動（室内外での走り廻り、ボール蹴り、自転車乗りなど）をどのくらいしていますか。(✓はひとつ)

- 1 ほとんど毎日している 2 週に2～4回している
 3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

問5. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。(✓はひとつ)

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 1 速い 2 ふつう 3 遅い
 2) 砂糖入りの飲料(ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか…………… 1 はい 2 いいえ
 3) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… 1 はい 2 いいえ
 4) 漬物以外の野菜・海藻・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
 5) 果物をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
 6) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
 7) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… 1 はい 2 いいえ
 8) 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、ほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
 9) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか…………… 1 はい 2 いいえ

問6. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例:☑)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

1) あなたのお子様のここ半年くらいの行動についてお答えください。

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

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

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

3) にお進みください。

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

1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

4) 現在、お子様に発達やこころの問題等がありますか。(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 ない

ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

- 1 注意の欠如や多動 (ADHD など)
- 2 自閉症スペクトラム障害 (アスペルガー障害、広汎性発達障害、自閉症など)
- 3 知的発達の遅れ
- 4 チック
- 5 夜尿
- 6 言葉の問題 (おくれ、吃音など)
- 7 食事の問題 (偏食、小食など)
- 8 睡眠の問題 (夜驚、夢遊症など)
- 9 PTSD (心的外傷後ストレス障害) およびトラウマ関連の問題
- 10 その他 ()

問7. 保育園・幼稚園に行きたがらないことがありますか。(✓はひとつ)

1 ある 2 ない 3 現在入園していない

「ある」と回答した保護者の方にお伺いします。(✓はどちらかひとつ)

この1年間に、行きたがらないことが理由で休んだことはありましたか。

1 休んだことはなかった 2 休んだことがあった

問8. 現在、育児について相談できる身近な人や各種機関はありますか。(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 相談できる人や機関はない

ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

- 1 家族
- 2 近所の人
- 3 友人
- 4 医療機関
- 5 児童相談所
- 6 保健師・助産師
- 7 保育士・幼稚園の先生
- 8 その他 ()

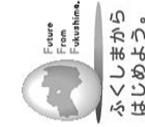
※お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

[]

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございます。

0000000000

【お問い合わせ先】



「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))

問4. お子様は普段、体育の授業以外に運動(クラブ活動・スポーツ関連の習い事など)をどのくらいしていますか。(✓はひとつ)

- 1 ほとんど毎日している 2 週に2~4回している
3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

問5. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。(✓はひとつ)

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか..... 1 速い 2 ふつう 3 遅い
2) 朝食を抜くことがよくありますか..... 1 はい 2 いいえ
3) 砂糖入りの飲料(ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか..... 1 はい 2 いいえ
4) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか..... 1 はい 2 いいえ
5) 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか..... 1 はい 2 いいえ
6) 果物をほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
7) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
8) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか..... 1 はい 2 いいえ
9) 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、
ほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
10) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか..... 1 はい 2 いいえ

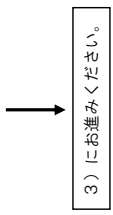
問6. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例:☑)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

1) あなたのお子様のこ半年くらいの行動についてお答えください。

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

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

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

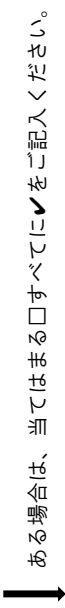


3) 「はい」と回答した保護者の方にお伺いします。お子様はその困難によって動揺したり、悩んだりしていますか。(✓はひとつ)

- 1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

4) 現在、お子様に発達やこころの問題等がありますか。(✓はどちらかひとつ)

- 1 ある 2 ない



- 1 注意の欠如や多動 (ADHD など)
- 2 自閉症スペクトラム障害 (アスペルガー障害、広汎性発達障害、自閉症など)
- 3 学習障害 (LD)
- 4 知的発達の遅れ
- 5 言葉の問題 (おくれ、吃音など)
- 6 チック
- 7 夜尿
- 8 食事の問題 (偏食、小食など)
- 9 睡眠の問題 (夜驚、夢遊症など)
- 10 うつ状態
- 11 PTSD (心的外傷後ストレス障害) およびトラウマ関連の問題
- 12 ひきこもり
- 13 いじめ
- 14 その他 ()

問7. 学校生活についてお伺いします。

お子様は、学校に行きたがらないことがありますか。(✓はどちらかひとつ)

- 1 ある 2 ない

「ある」と回答した保護者の方にお伺いします。(✓はひとつ)

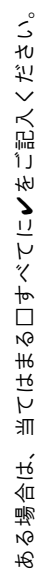
この1年間に、行きたがらないことが理由で休んだことはありましたか。

- 1 休んだことはなかった
- 2 休んだことがあった (合計で30日未満)
- 3 休んだことがあった (合計で30日以上)

問8. 現在、子育てについて相談できる身近な人や各種機関はありますか。

(✓はどちらかひとつ)

- 1 ある 2 相談できる人や機関はない



- 1 家族
- 2 近所の人
- 3 友人
- 4 医療機関
- 5 児童相談所
- 6 学校の先生
- 7 スクールカウンセラー
- 8 その他 ()

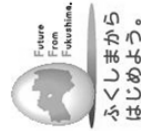
※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書き
ください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございます。

0000000000

〔お問い合わせ先〕

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3及び土日祝日を除く。))



令和元年度

0000000000

県民健康調査 こころの健康度・生活習慣に関する調査 調査票（中学生用）

〒963-0000
福島市光が丘1番地
医アアパート302号室
医大太郎 様
00X0X0X

オンライン用

整理番号
99999999
アクセスキー



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、
当てはまる口に✓をご記入ください。

お子様のふりがな
ご氏名：

性別： 男 女

お子様の生年月日：平成 年 月 日

ご記入日：令和2年 月 日

保護者の方がご記入ください。

回答していただく保護者の方はどなたですか。

母親 父親 祖父母 その他 ()

(本調査に同意の上、上記の保護者の方のご署名をお願いします。)

回答する保護者の調査アンバー

8

保護者署名

(送付先住所変更)※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。

〒 市・区 市・区 町 区・町 村

アパート等名称・部屋番号

連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。

電話番号：() - - (様方)

携帯番号： - -

福島県

福島県立医科大学

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1から問5までは、ご本人（中学生の方）がお答えください。
もし、どうしてもご本人が回答出来ない場合には、代理の方がご記入
ください。回答者がどなたであるかについて続柄を記入してください。

回答者： 本人 代理（続柄_____）

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. あなたの現在の身長と体重をご記入ください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

問3. 睡眠についてお尋ねします。

1) 普段夜寝る時刻と朝起きる時刻は何時頃ですか。

(24時間表記により記入して下さい。
(例) 午後9時10分→21時10分、午前7時10分→7時10分)

寝る時刻 _____ 時 _____ 分頃 起きる時刻 _____ 時 _____ 分頃

2) 日頃の睡眠はあなたにとって十分だと思いますか。(✓はひとつ)

1 十分だと思う 2 やや足りない 3 足りない

問4. 普段、体育の授業以外に運動（部活動・スポーツ関連の習い事など）
をどのくらいしていますか。(✓はひとつ)

1 ほとんど毎日している 2 週に2～4回している

3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

問5. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。(※はひとつ)

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか..... 1 速い 2 ふう 3 遅い
- 2) 朝食を抜くことがよくありますか..... 1 はい 2 いいえ
- 3) 夕食後1～2時間以内に床につきますか..... 1 はい 2 いいえ
- 4) 砂糖入りの飲料(コーヒー、ジュース、炭酸飲料)をほぼ毎日飲みますか..... 1 はい 2 いいえ
- 5) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか..... 1 はい 2 いいえ
- 6) 漬物以外の野菜・海藻・きのこ類をほぼ毎食食べますか..... 1 はい 2 いいえ
- 7) 果物をほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
- 8) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
- 9) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか..... 1 はい 2 いいえ
- 10) 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、
ほぼ毎日食べますか..... 1 はい 2 いいえ
- 11) ほぼ毎日外食(ファーストフードを含む)をしていますか..... 1 はい 2 いいえ

※ご自身の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下に
お書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

みなさんへの質問はこれで終わりです。この調査票を保護者の方に
お渡しください。ご回答、ありがとうございます。

これ以降は、対象のお子様について保護者の方がお答えください。

問6. 以下のそれぞれの質問項目について、「あてはまらない」、「まああてはまる」、「あてはまる」のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例：☑)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問にお答えください。

1) あなたのお様のご二半年くらいの行動についてお答えください。

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

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

1 いいえ 2 はい(ほんのり) 3 はい(明らか) 4 はい(深刻な困難)

3) にお進みください。

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

1 まったくない 2 すこしだけ 3 かなり 4 大いに

4) 現在、お子様に発達やこころの問題等がありますか。(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 ない

ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

- 1 注意の欠如や多動 (ADHD など)
- 2 自閉症スペクトラム障害 (アスペルガー障害、広汎性発達障害、自閉症など)
- 3 学習障害 (LD)
- 4 知的発達の遅れ
- 5 チック
- 6 不眠 (寝つきが悪い、途中で目がさめるなど)
- 7 睡眠リズムの問題
- 8 摂食障害 (拒食、過食など)
- 9 PTSD (心的外傷後ストレス障害) およびトラウマ関連の問題
- 10 うつ状態
- 11 ひきこもり
- 12 いじめ
- 13 非行
- 14 その他 ()

問7. 学校生活についてお伺いします。

お子様は、学校に行きたがらないことがありますか。(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 ない

「ある」と回答した保護者の方にお伺いします。(✓はひとつ)

この1年間に、行きたがらないことが理由で休んだことはありましたか。

- 1 休んだことはなかった
- 2 休んだことがあった (合計で30日未満)
- 3 休んだことがあった (合計で30日以上)

問8. 現在、子育てについて相談できる身近な人や各種機関はありますか。

(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 相談できる人や機関はない

ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

- 1 家族
- 2 近所の人
- 3 友人
- 4 医療機関
- 5 児童相談所
- 6 学校の先生
- 7 スクールカウンセラー
- 8 その他 ()

0000000000

※ お子様の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございます。

〔お問い合わせ先〕

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))



ふくしまから
はじめよう。

調査ナンバー

0000000000

令和元年度

県民健康調査 こころの健康度・生活習慣に関する調査 調査票（一般用）

T963-0000

福島市光が丘1番地
医大アパート302号室

医大太郎様
00X0X0X

オンライン用

整理番号

999999999

アクセスキー



以下の欄に、必要事項をご記入いただき、当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：令和2年 月 日	回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理（続柄）
ふりがな ご氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
保護者署名欄（対象者が未成年者の場合は、本調査に同意の上、保護者の方のご署名をお願いします。） (保護者自署)	(続柄：)
(送付先住所変更)※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。	
〒 _____ 都・道 市・区 区・町 府・県 郡 村	
アパート等名称・部屋番号 _____	
連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。	
電話番号：() _____ - _____ (_____ 様方)	
携帯番号： _____ - _____	

福島県

福島県立医科大学

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

- 1 さわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 さわめて悪い

問2. 身長と体重についてお尋ねします。

- 1) あなたの現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

- 2) 1年前と比べて体重に変化はありましたか。(✓はひとつ)

- 1 3 kg以上増えた 2 ほぼ変わらない(±3 kg以内) 3 3 kg以上減った

問3. 今まで、次のような病気にかかっていると医師に診断されたことがありますか。(✓はひとつ)

- 1) 高血圧(または、血圧が高い)

1 ない 2 ある 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

- 2) 糖尿病(または、血糖が高い)

1 ない 2 ある 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

- 3) 脂質異常症(LDLコレステロールや中性脂肪が高い。または、HDLコレステロールが低い。)

1 ない 2 ある 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

- 4) 精神疾患(医師の診断によるもの(例:うつ病、睡眠障害、パニック障害、統合失調症など))

1 ない 2 ある 現在通院していますか。
 通院している
 現在は改善しているため、通院はしていない
 通院はしていない

- 5) がん(白血病やリンパ腫を含む)

1 ない 2 ある どの「がん」ですか。(すべてお答えください)
 ()、()、()

- 6) 脳卒中

1 ない 2 ある 脳卒中の種類は何ですか。(複数回答可)
 脳こうそく(脳塞栓、脳血栓)
 脳出血 くも膜下出血
 その他 () わからない

- 7) 心臓病

1 ない 2 ある 心臓病の種類は何ですか。(複数回答可)
 心臓の血管が詰まっておこる病気です
 心筋梗塞 2 狭心症 3 不整脈
 その他 () 4 わからない

- 8) 甲状腺疾患

1 ない 2 ある 甲状腺疾患の種類は何ですか。
 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)
 甲状腺機能低下症
 その他 ()

問4. 睡眠についてお尋ねします。

- 1) この1か月間の睡眠時間(昼寝を含む)は、1日平均どれくらいですか。

およそ 時間 分くらい

- 2) この1か月間(睡眠の長さに関わらず)睡眠の質に満足していますか。(✓はひとつ)

- 1 満足している 2 少し不満 3 かなり不満 4 非常に不満か、全く眠れなかった

- 3) 以下の経験が少なくとも週3回以上ありましたか。(✓はどちらかひとつ)

	ある	ない
1 夜、床に入ってから寝つくまでの時間がかかる	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2 夜間、睡眠途中で目が覚める	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 希望する起床時刻より早く目覚め、それ以上眠れない	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4 総睡眠時間が不足する	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5 日中の気分がめいる	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6 日中の身体的および精神的な活動が低下する	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7 日中の眠気	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

問5. あなたは普段、運動をしていますか。(✓はひとつ)

- 1 ほとんど毎日している 2 週に2~4回している

- 3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

※ 次の問6～7は、成人の方のみお答えください。
未成年の方は問8にお進みください。

問6. タバコ（紙巻きタバコ）を吸いますか。葉巻やパイプは除きます。(✓はひとつ)

吸ったことがない やめた 吸っている

問7へお進みください。

吸っている方にお尋ねします。
吸っている年数、本数をお答えください。
※喫煙年数は合計で 年くらいで、1日あたり平均 本くらい、吸っている。

問7. お酒についてお尋ねします。

1) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか。(✓はひとつ)

飲まない、または、ほとんど飲まない(月に1回未満) やめた 飲む(月に1回以上)

問8へお進みください。

2) お酒を飲む頻度についてお答えください。週に 日程度

2)へお進みください。

3) 飲酒日の1日あたりの飲酒量についてお答えください。

日本酒に換算*として、

1日あたり 合程度

[記入例：1合半の場合 1.5 合程度]

※参考 日本酒1合換算表

ビール・発泡酒	中瓶1本	約 500ml
チューハイ5度	ロング缶1本	500ml
焼酎25度	コップ1杯	100ml
ウイスキー	シングル2杯	60ml
ワイン	グラス2杯	240ml

4) 過去30日間を振り返って、次のことについてお尋ねします。(✓はどちらかひとつ)

	いいえ	はい
1 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2 他人があなたの飲酒を叱難するので気にさわったことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4 神経を落ち着かせたり、二日酔を治すために、「迎え酒」をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

問8. この2週間で、食欲がないことがどのくらいの頻度でありましたか。(✓はひとつ)

0日 数日 半分以上 ほとんど毎日

問9. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。(✓はひとつ)

- 人と比較して食べる速度が速いほうですか..... 速い ふつう 遅い
- 朝食を抜くことがよくありますか..... はい いいえ
- 間食または夜食をほぼ毎日とりですか..... はい いいえ
- 就寝前の2時間以内に夕食を週3回以上とりですか..... はい いいえ
- 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか..... はい いいえ
- 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか..... はい いいえ
- 果物をほぼ毎日食べますか..... はい いいえ
- 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか..... はい いいえ
- 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりですか..... はい いいえ
- 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、ほぼ毎日食べますか..... はい いいえ

問10. 過去30日の間に、どれくらいの頻度で次のことがありましたか。当てはまる数字を○で囲んでください。

	全くない	少しだけ	ときどき	たいたい	いつも
1 神経過敏に感じましたか。	0	1	2	3	4
2 絶望的だと感じましたか。	0	1	2	3	4
3 そろそろ、落ち着かなく感じましたか。	0	1	2	3	4
4 気分が沈み込んで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか。	0	1	2	3	4
5 何をしても骨折れりだと感じましたか。	0	1	2	3	4
6 自分は価値のない人間だと感じましたか。	0	1	2	3	4
7 こうした不調が原因で、日常生活に支障をきたすことがありましたか。	0	1	2	3	4

問 11. この1年間に、あなたが経験した出来事で当てはまるものすべての口に
✓をご記入下さい。

- 1 避難指示解除に伴う帰還
- 2 左記（避難指示解除に伴う帰還）以外の転居
- 3 結婚
- 4 子ども・孫の誕生
- 5 自分の健康状態の悪化
- 6 家族の健康状態の悪化
- 7 家族の介護
- 8 配偶者やパートナーとの離婚・離別
- 9 家族との別居
- 10 家族との死別
- 11 家族以外の大切な人との死別
- 12 進学
- 13 就職・転職
- 14 昇進・昇格
- 15 失業
- 16 退職
- 17 経済状況の悪化
- 18 自然災害による被災
- 19 対人関係のトラブルの増加
- 20 その他の重大な出来事（ ）
- 21 上記はどれも当てはまらない

問 12. 東日本大震災の体験についてお尋ねします。

- 1) 東日本大震災で、あなたが経験した当てはまるものすべての口に✓をご記入ください。
- 1 地震 2 津波 3 原子力発電所事故

4 いずれもなし

2) へお進みください。

問 13 へお進みください。

- 2) 1) でご回答いただいた、震災の体験についてお尋ねします。
以下の質問は、人々が人生におけるストレスの多い経験（以下「ストレス体験」という。）をした際、その経験に対して時々起こる問題や訴えのリストです。各項目をよく読んで、この1か月の間、その問題にどのぐらい悩まされていたかについて、当てはまる数字を○で囲んでください。

	全くなかった	少しあった	中程度であった	かなりあった	非常にあった
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5

問 13. あなたの生活状況についてお尋ねします。

1) 震災のため、もともと同居していた家族と、現在離れて生活していますか。
(✓はどちらかひとつ)

1 はい 2 いいえ

2) 現在の同居者について教えてください。(✓はいくつでも)

- 1 同居者はいない (ひとり暮らし) 2 配偶者 (夫または妻)・パートナー
- 3 子ども (義理も含む) 4 孫
- 5 親 (義理も含む) 6 祖父母
- 7 その他 ()

3) 現在のお住まいについてお伺いします。

3-1) 現在のお住まいについて、あてはまるものひとつに✓をご記入ください。

- 1 持家 2 借家・アパート 3 借上住宅 4 復興公営住宅
- 5 親戚宅 6 仮設住宅 7 その他 ()

3-2) 震災時の住所が避難指示区域にあり、その区域が現在、避難指示を解除された区域にある方にお尋ねします。(✓はひとつ)

上記以外の方は次の4) にお進みください。

- 1 震災前の住所の家に住んでいる
- 2 避難指示解除区域ではあるが、震災前とは違う住所の家に住んでいる
- 3 避難指示解除区域に住んではいない (時々家に行く場合も含む)

4) 現在のあなたの勤務形態について、教えてください。(✓はひとつ)

- 1 常勤・自営 2 パート 3 無職 (学生、専業主婦・主夫を含む)

5) 現在のくらし向きを経済的にみてどう感じていますか。(✓はひとつ)

- 1 苦しい 2 やや苦しい 3 普通 4 ややゆとりがある 5 ゆとりがある

問 14. 放射線の影響についてのあなたの考えをお尋ねします。

放射線のような、私たちの五感では感じることでできないものが原因となった災害では、その健康へのリスクをどのように認識するかが、こころの健康状態に大きく影響すると言われています。

1) 放射線の健康への影響について、あなた自身はどのように感じて (考えて) いますか。最も当てはまると思う数字を○で囲んでください。

	可能性は極めて低い	可能性は低い	可能性は高い	可能性は非常に高い	
1	現在の放射線被ばくで、後年に生じる健康障害 (例えば、がんの発症など) がどのくらい起こると思いますか。	1	2	3	4
2	現在の放射線被ばくで、次世代以降の人 (将来生まれてくる自分の子や孫など) への健康影響がどれくらい起こると思いますか。	1	2	3	4

2) この1か月間に、放射線に対する不安が原因で、日常生活に支障をきたすことはどれくらいありましたか。(✓はひとつ)

- 1 しばしばあった 2 時々あった 3 まれにあった 4 1度もなかった

問 15. 現在、こころや身体の問題が生じた場合、相談できる身近な人や各種機関はありますか。(✓はどちらかひとつ)

1 ある 2 相談できる人や機関はない

ある場合は、当てはまる□すべてに✓をご記入ください。

- 1 家族・親戚
- 2 友人・知人
- 3 同僚・上司
- 4 市町村相談窓口 (市保健所、保健センター等)
- 5 都道府県相談窓口 (都道府県保健所・保健福祉事務所等)
- 6 精神保健福祉センター
- 7 ふくしま心のケアセンター
- 8 訪問看護・介護サービス機関
- 9 心療内科・精神科・神経科・メンタルクリニックなどの医療機関
- 10 上記以外の医療機関 (一般の内科、外科、眼科、耳鼻科、整形外科、産婦人科など)
- 11 宗教団体 (神社、寺院や教会など)
- 12 その他 ()

※ご自身の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書き
ください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

② | 69

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございます。

0000000000

〔お問い合わせ先〕

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))



ふくしまから
はじめよう。