

【保護者記入用】

エコチル調査 12 歳学童期総合健診 質問票

この質問票で「あなた」のことをお聞きしている場合は、記入者ご自身のことをお答えください。分からない場合や答えたくない場合には、質問番号に×をつけてください。

質問票は 12 ページで、所要時間は 15～20 分ほどです

記入日 20 年 月 日

記入者氏名 _____

お子さんからみた続柄 _____

1. お子さんが家から学校まで通うのにどれくらいの時間がかかりますか。
行きと帰り両方について、あてはまる通学方法すべてに☑をつけ、かかる時間を記入してください。

行き：☐徒歩（ ）分 ☐じてんしゃ（ ）分 ☐バス・電車（ ）分
☐おうちの人の車等による送り（ ）分

帰り：☐徒歩（ ）分 ☐じてんしゃ（ ）分 ☐バス・電車（ ）分
☐おうちの人の車等による迎え（ ）分

2. お子さんが平日起きる時刻と寝る時刻を教えてください。

起床：(午前 時 分頃) 就寝：(午後 時 分頃)

3. 外遊びや運動についてお聞きします。

3-1. お子さんが遊ぶのは室内と屋外のどちらが多いですか。

☐室内 ☐屋外 ☐同じくらい

3-2. お子さんが外遊びをする時間は1日平均でどれくらいですか。

☐1時間未満 ☐1時間以上

3-3. お子さんが部活動や外遊びなど運動をする時間は週に何時間くらいですか。

_____時間/週

3-4. 新型コロナウイルス感染症の流行によりお子さんが外で過ごす時間に変化がありましたか。
該当するものを選んでください。

☐変化なし

☐増加した：☐少し増加 ☐まあまあ増加 ☐すごく増加

☐減少した：☐少し減少 ☐まあまあ減少 ☐すごく減少

3-5-1. お子さんは運動・スポーツ関係の習い事をしていますか。

☐はい ☐いいえ

3-5-2. 3-5-1で「はい」と答えた方にお聞きします。

習い事の内容（複数回答可）と、合計で週に何時間かをお答えください。

運動・スポーツ関係の習い事の内容

()

運動・スポーツ関係の習い事の合計時間 () 時間/週

3-6. お子さんのご両親は現在、定期的な運動をしていますか。

父 はい いいえ

母 はい いいえ

3-7. お子さんのお母さんについて、直近の身長・体重を教えてください。

身長 . cm

体重 . kg

4. デジタル機器やインターネットなどの利用についてお聞きします。

4-1. お子さんが動画を見たり、スマートフォンやタブレット、電子ゲームを操作したりする時間は1日平均でどれくらいですか。

平日

1時間未満 1-2時間未満 2-3時間未満 3-4時間未満 4時間以上

休日

1時間未満 1-2時間未満 2-3時間未満 3-4時間未満 4時間以上

4-2. お子さんはLINE（ライン）を利用していますか。

はい いいえ

4-3. スマートフォンやタブレット、電子ゲームなどについて、お子さんと家庭のルールを決めていますか。

はい いいえ→P3の4-5へ

4-4. 4-3で「はい」と答えた方にお聞きします。

4-4-1. ルールの内容をお答えください。（複数回答可）

- 使用時間について 使用場所について
ネットで不安なことがあったら親に相談する
アプリのダウンロード、課金については親の許可を得る
まず宿題などを優先する 使用に問題があったら使用を一時停止する
その他（ ）

4-4-2. ルールについて家庭でどのように決めましたか。1つだけ選んでください。

- 子どもと一緒に考えた 親が決めた 学校のパンフレット等に従った
その他（ ）

4-4-3. 使用時間のルールについてお答えください。

平日（ ）時間/日 夜（ ）時まで

休日（ ）時間/日 夜（ ）時まで

5-2. あなた自身のことについてお聞きします。

5-2-1. あなたはいつ歯を磨きますか。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

- 起床直後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
おやつの後 その他（ ）

5-2-2. あなたはご自分の歯がむし歯になりやすい歯だと思いますか。

- はい いいえ

5-2-3. あなたは健康に気をつけて生活している方だと思いますか。

- はい いいえ

5-2-4. お子さんのご両親は、子どもの頃から前歯に白斑（黄斑）のような部分がありましたか。

- 父 あり なし わからない
母 あり なし わからない

5-3. あなたの虫歯予防に関するお考えをお聞きします。

5-3-1. お口の中を健康に保つためにはどのようなことが必要だと思いますか。

次のうちあてはまると思うものすべてに☑をつけてください。

- よく歯を磨くこと 砂糖の摂取を控えること 歯や顎をよく使うこと
フッ素塗布等の予防処置を受けること 定期的に歯科の健診を受けること

5-3-2. 虫歯予防に関する情報は主にどこから得ていますか。一つ選んでください。

- 講習会・育児書 乳幼児健診 歯科医師・歯科診療所
家族・友人・近所の人 新聞・テレビ・雑誌・公報
インターネット その他（ ） 特になし

5-4. お子さんのことについてお聞きします。

5-4-1. 歯みがきを1日に何回くらいしますか。

- 0回 1回 2回 3回 4回以上

5-4-2. 歯ぎしりはしますか。

- はい いいえ わからない

5-4-3. 爪を噛む癖はありますか。

- はい いいえ わからない

5-4-4. 食事の時に舌を前に出す癖はありますか。

- はい いいえ わからない

5-4-5. 予防を目的に歯科医院へ通っていますか。

はい いいえ

5-4-6. 4歳からこれまでに歯科でフッ素塗布をしましたか。

(自治体を実施しているフッ素塗布事業に参加した場合も「はい」になります)

はい いいえ

5-4-7. おやつを毎日食べますか。

はい いいえ

→「はい」の場合、回数やタイミングは決まっていますか。

はい いいえ

6. お子さんの食事、睡眠や症状などについてお聞きします。

6-1. 最近1か月の平均的な外食の頻度をおしえてください。(コンビニ、テイクアウト、ファストフードを含みます)

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

6-2. 最近1か月の自宅での食事を振り返り、メインのおかずについて、調理方法①~⑥の摂取頻度であてはまるものに☑をつけてください。

①生のまま(さしみなど)

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

②蒸す・ゆでる

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

③煮る

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

④炒める

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

⑤焼く

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

⑥揚げる

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

6-3. 最近1か月の外食を振り返り、メインのおかずについて、調理方法①~⑥の摂取頻度であてはまるものに☑をつけてください。

①生のまま(さしみなど)

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

②蒸す・ゆでる

ほぼ毎日 週2~3回 週1回程度 ほとんど食べない

③煮る

ほぼ毎日 週 2～3 回 週 1 回程度 ほとんど食べない

④炒める

ほぼ毎日 週 2～3 回 週 1 回程度 ほとんど食べない

⑤焼く

ほぼ毎日 週 2～3 回 週 1 回程度 ほとんど食べない

⑥揚げる

ほぼ毎日 週 2～3 回 週 1 回程度 ほとんど食べない

6-4. 一日当たりの牛乳摂取量を教えてください。

摂取しない 0～200ml 未満 200～500ml 未満 500ml 以上

6-5. 肉類の摂取頻度を教えてください。

摂取しない 週 1 回もしくはそれ以下 週 2～3 回 週 4 回以上

6-6. 魚類の摂取頻度を教えてください。

摂取しない 週 1 回もしくはそれ以下 週 2～3 回 週 4 回以上

6-7. 鉄サプリメントを内服していますか。

はい いいえ

6-8. 土や紙などの異物を口に入れる癖がありますか。

はい いいえ

6-9. 氷を食べる癖がありますか。

はい いいえ

6-10. お子さんは怒りっぽいと感じることがありますか。

はい いいえ

6-11. お子さんは、ベッドに入ってから 30 分以内に眠ることができない。

はい：1 週間に 1 回未満 1 週間に 1-2 回 1 週間に 3 回以上
いいえ

6-12. お子さんは、朝なかなか起きることができない。

はい：1 週間に 1 回未満 1 週間に 1-2 回 1 週間に 3 回以上
いいえ

6-13. お子さんに以下の症状がある場合は、該当する症状に☑をつけてください。(複数回答可)

- 休んでいたり、じっとしているときに脚がムズムズまたはイライラするようだ
- 脚を動かしたくてたまらない衝動感と不快感があるようだ
- ムズムズ感・イライラ感は運動により軽減または消失するようだ
- ムズムズ感・イライラ感は夕方から夜に出現する、または悪化するようだ

7. お子さんの花粉症・アレルギー症状についてお聞きします。

7-1. お子さんは、最近2週間程度の間に以下の症状が出ましたか。

該当する欄すべてに☑をつけてください。

	胸がゼーゼー・ ヒューヒューする	かゆみを伴った 発疹	アレルギー性 鼻炎症状	食物アレルギー 症状
症状あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-2. お子さんは、今までシラカバの花粉症（本州では3月上旬から4月上旬が花粉飛散時期）になったことがありますか。

- はい（医師から診断された）
 - はい（医師の診断は受けていない）
 - いいえ
 - わからない
- } → 「はい」の場合、何歳からですか。
() 歳

7-3. お子さんは、最近1年間で最もよく食べた季節に、以下の果物をどれくらいの頻度で食べましたか。該当する果物の欄に☑をつけてください。

	毎日1回以上	週4~6回	週2~3回	週1回	週1回未満	食べなかった
モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サクランボ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-4. お子さんはモモとリンゴをどのように食べますか？ モモとリンゴそれぞれの該当する欄1つずつに☑を入れてください。

	モモ	リンゴ
① <u>皮をむいて</u> 食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② <u>皮をむかず</u> に 食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 以前は、 <u>皮をむいて</u> 食べていたが、アレルギー症状が出るので食べなくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 以前は、 <u>皮をむかず</u> に 食べていたが、アレルギー症状が出るので食べなくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 嫌いなため <u>食べない</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-5. 7-4 で③と④に☑した方（食べなくなった方）にお聞きします。お子さんは、何歳まで食べていましたか？

モモ（ ）歳 リンゴ（ ）歳

7-6. 7-4 で②と④に☑した方（皮をむかずに食べたことがある方）にお聞きします。お子さんは、皮をむかずに食べる/食べていた頻度は次のうちどれですか？

	いつも	ときどき	まれに
モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-7. お子さんは、下記の果物を食べた後に、何か症状が出ることはありますか。該当する果物の欄に☑をつけてください。【複数回答可】

	口の中や のどの かゆみ	体や手足 の赤み・じ んましん	セキ・ ぜんそく の症状	おう吐・ 下痢・腹 痛	血圧低下・ けいれん・ 意識消失	食べた後に 運動すると 症状が出る	症状 なし
モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サクランボ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他のバラ科の果 物*（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*バラ科の果物：プラム、梨、イチゴ、ビワなど

7-8. 症状が出るお子さんの状況についてお聞きします。該当する果物の欄に☑または数字を入れてください。【複数回答可】

	食べない ようにし ている	血液検査・ 皮膚検査 で異常が あった	ジャムやコ ンポートな どは食べら れる	初めて症状 が出た年齢	きょうだい も症状が出 る	症状が出た 時の薬を常 備している
モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サクランボ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他のバラ科の果 物（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. お子さんの生活環境についてお聞きします。

8-1. 現在、兄弟または姉妹と同居していますか。

はい いいえ 兄弟姉妹はいない

→ 「はい」の場合は、その人数（本人を除く）を教えてください。

1人 2人 3人 4人以上

8-2. 現在、祖父母と同居していますか。

はい いいえ

8-3. 普段、お子さんが飲んでいる水（お茶や料理に使うなどそのまま飲む以外も含む）をすべて選んでください。

水道水（浄水器有り） 水道水（浄水器無し） 井戸水
市販のボトル入り飲料水 その他（ ）

9. 生活習慣病などについてお聞きします。

9-1. お子さんについてお聞きします。

9-1-1. 医師から以下の病名の診断を受けたことはありますか。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

高血圧 脂質異常症（高脂血症） ない

9-1-2. 9-1-1で病名に☑をつけた方にお聞きします。

おさんはいつ診断を受けましたか？

高血圧 1歳未満 1～3歳未満 3歳～6歳未満 6歳以上

脂質異常症 1歳未満 1～3歳未満 3歳～6歳未満 6歳以上

9-2. お母さんについてお聞きします。

9-2-1. 医師から以下の病名の診断を受けたことはありますか。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

糖尿病（1型糖尿病 2型糖尿病 その他）

高血圧 脂質異常症（高脂血症） ない

9-2-2. 9-2-1で病名に☑をつけた方にお聞きします。

お母さんはいつ診断を受けましたか？

糖尿病 6歳未満 6～12歳未満 12歳～18歳未満 18歳以上

高血圧 6歳未満 6～12歳未満 12歳～18歳未満 18歳以上

脂質異常症 6歳未満 6～12歳未満 12歳～18歳未満 18歳以上

9-2-3. お母さんは現在、どのような治療を受けていますか。

食事療法 運動療法 飲み薬 インスリン注射 その他・不明

9-3. お父さんについてお聞きします。

9-3-1. 医師から以下の病名の診断を受けたことはありますか。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

糖尿病（1型糖尿病 2型糖尿病 その他）

高血圧 脂質異常症（高脂血症） ない

9-3-2. 9-3-1で病名に☑をつけた方にお聞きします。

お父さんはいつ診断を受けましたか？

糖尿病	<input type="checkbox"/> 6歳未満	<input type="checkbox"/> 6～12歳未満	<input type="checkbox"/> 12歳～18歳未満	<input type="checkbox"/> 18歳以上
高血圧	<input type="checkbox"/> 6歳未満	<input type="checkbox"/> 6～12歳未満	<input type="checkbox"/> 12歳～18歳未満	<input type="checkbox"/> 18歳以上
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 6歳未満	<input type="checkbox"/> 6～12歳未満	<input type="checkbox"/> 12歳～18歳未満	<input type="checkbox"/> 18歳以上

9-3-3. お父さんは現在、どのような治療を受けていますか。

食事療法 運動療法 飲み薬 インスリン注射 その他・不明

10. 本日の学童期検査前の、お子さんの最終の食事についてお聞きします。

最終の食事を終了した時刻 午前・午後 時 分

10-1. 最終の食事で食べた主食を選んでください。

白米 玄米 パン パスタ コーンフレーク なし
その他（ ）

10-2. 主食以外の料理名と主な材料について教えてください。

料理名：

主な材料：

<例1>

料理名：豆腐の味噌汁とサケのバター焼き、ポテトサラダ

主な材料：豆腐、みそ、ネギ、サケ、バター、コーン、玉ねぎ、ジャガイモ、ハム、マヨネーズ、人参

<例2>

料理：ハンバーガーとフライドポテト

主な材料：ひき肉、チーズ、トマト、レタス、ジャガイモ（パンは主食にはいりません）

<例3>

料理名：ネギロト丼、わかめのみそ汁

主な材料：マグロ、ネギ、刻みのり、わかめ、みそ

10-3. 食事以外に食べたものがあれば、時刻と内容を教えてください。

時刻：午前・午後 時 分

内容：

例1：トマトジュース 100mL みかん 1/2個

例2：乳酸菌飲料 60mL

11. お子さんの耳の聞こえ方についてお聞きします。

11-1. お子さんの聞こえが悪いと感じた、あるいは本人が訴えたことがありますか。

はい いいえ

11-2. 新生児聴覚スクリーニングの結果はどうでしたか。

パス(問題なし) リファア(要再検) 受けていない

11-3. 乳幼児健診や学校健診、医療機関で難聴を指摘されたことがありますか。

はい いいえ

11-4. お子さんは以下の耳に関連した症状を指摘された、もしくは感じたことがありますか。

- 聴覚過敏(小さな音でもうるさく感じる)
- 複数人での会話が難しい、もしくは聞き取れないことがある
(一対一の会話では問題ない)
- 音は分かるが、相手の話している内容が分からない
- 特になし

お子さんに難聴がある、もしくは以前難聴があった場合は以下 11-5~11-13 にお答えください。
難聴がない場合はこれで終了です。

11-5. 聞こえにくさに気付いた、もしくは難聴を指摘されたのは何歳ですか。

() 歳

11-6. 聞こえにくい耳はどちら側ですか。

右 左 両方

11-7. 原因は何ですか。(複数回答可)

急性中耳炎 慢性中耳炎 真珠腫性中耳炎 滲出性中耳炎
心因性 先天性 ウイルス性 外傷性 その他

11-8. 学校や日常生活などで会話に支障がありますか。

支障は全くない 少し支障がある かなり支障がある 会話はできない

11-9. 難聴と関連して、または難聴が原因で学校を休む、もしくは一定期間通えないことがありましたか。

はい いいえ

11-10. 医療機関に通院していますか。

通院中である 以前通院したことがある 通院なし

11-11. 難聴への治療や対応について、あてはまるものすべてに☑してください。

- 特にない 薬の治療 鼓膜切開 補聴器 人工内耳
中耳炎の手術 その他

11-12. 治療や対応によって現在の聴力はどうか。

- 難聴はない 軽度の難聴がある 中程度の難聴がある
高度の難聴がある

11-13. 11-12で「難聴はない」と答えた方にお聞きします。

難聴が回復したのは何歳ですか？

() 歳

☆ご協力ありがとうございました。