

## エコチル調査 8 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。

記入日 20 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

お子さんからみた続柄 \_\_\_\_\_



エコチル  やまなし

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    ☐自転車（ ）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    ☐自転車（ ）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)

3-1. 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. お子さんが動画を見たり、スマホや電子ゲームをする時間は1日平均でどれくらいですか。

☐1時間未満      ☐1-2時間未満      ☐2-4時間未満      ☐4時間以上

3-4-1. 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

3-4-2. 3-4-1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。

習い事の内容( )

合計時間 ( )時間/週

3-5. 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

4. お子さんがどのような遊びをよくしているか、あてはまる頻度に☑をつけてください。

	まった くない	ほとん どない	ときど きある	よく ある	いつも ある
<b>1 以下のおもちゃでどれくらい遊びたがりますか？</b>					
1. ピストル（あるいはモノをピストルなどに見立てて）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. アクセサリー類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 工具セット（金づち、ドライバーなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 人形、人形の服、人形用の乳母車	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 電車、車、飛行機など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 剣や刀（あるいはモノを剣や刀などに見立てて）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. おままごとセット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 以下の活動をどれくらいしていますか？</b>					
1. おままごとをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 女の子と遊ぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 女性キャラクターのごっこ遊びをする（お姫様ごっこなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 男性的な職業のごっこ遊びをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. なぐりあいをする（プロレスごっこなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 家族の人（親など）のまねをして遊ぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. スポーツやボールゲームをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 登る（フェンスや木やジャングルジムなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 遊びの中で赤ちゃんの面倒を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 実際の車や電車や飛行機に興味を示す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 女の子らしい服を着る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 以下の特徴はありましたか？</b>					
1. 新しい環境を探して試すのが好きである	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 荒っぽい遊びを楽しむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. クモ、昆虫などに興味を示す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 泥だらけになるようなことは避ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. かわいらしいものを好む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 危ないことは避ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-1. お子さんの歯の健康について、あなたのお考えをお聞きます。

5-1-1. むし歯がないということは、良いことだと思いますか。

はい いいえ

5-1-2. むし歯はおうちの方の力で予防できると思いますか。

はい いいえ

5-1-3. お子さんのお口の中を注意して見ている方ですか。

はい いいえ

5-1-4. お子さんの歯を歯医者さんに定期的に見てもらっていますか。

はい いいえ

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えますか。

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えますか。

はい いいえ

5-2-4. あなたが与えなくても他の人が甘いものをよく与えますか。

はい いいえ

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えますか。

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. 仕上げ磨きをしますか。

いつもする たまにする していない

→「していない」の場合、何歳まで仕上げ磨きをしていましたか。

4歳以下 5歳 6歳 7歳 一度もしたことがない

5-4-3. 指しゃぶりをしますか。

はい      いいえ      わからない

5-4-4. 歯ぎしりはしますか。

はい      いいえ      わからない

5-4-5. 爪を噛む癖はありますか。

はい      いいえ      わからない

5-4-6. 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

5-4-7. 予防を目的に歯科医院へ通っていますか。

はい      いいえ

5-4-8. 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

6. 伝染性軟属腫（以下 水いぼ）について、あてはまるものに☑をつけてください。

6-1. お子さんは水いぼにかかったことがありますか。

はい      → 以下の質問にお答えください

いいえ

わからない

} → 質問 7-1 (5 ページ) にお進みください

6-2. 医療機関で医師に水いぼと診断されましたか。

はい（皮膚科）      はい（小児科など）      いいえ      覚えていない

6-3. 医療機関を初めて受診した時、水いぼの水疱は何個くらいでしたか。

10 個未満      10 個以上 30 個未満      30 個以上 60 個未満      60 個以上

6-4. 「医療機関で受けた治療」と、当時「はじめに受けたかった治療」はどれですか。  
該当する治療すべてに☑をつけてください。

	はじめの 治療	2回目の 治療	3回目の 治療	はじめに受けた かった治療
ピンセットで取った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内服薬（ヨクイニン）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
塗り薬（スピル膏）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イソジンを塗った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（                    ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自然に治るのを待った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受診していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特になし

6-5. 医療機関を受診した方にお聞きします。

初めて受診してから水いぼがなくなるまでどれくらいかかりましたか。

- 2 週間未満    2 週間以上 1 か月未満    1 か月以上 2 か月未満  
2 か月以上 6 か月未満    6 か月以上 1 年未満    1 年以上    今もある

6-6. 水いぼをピンセットで取った方にお聞きします。ピンセットで取ることになった理由で、  
あてはまるものすべてに☑をつけてください。

- 医師に勧められたため    水いぼの数が増えたため    水いぼをかゆがったため  
園・学校で取るよう言われたため    取らないとプールに入れないと言われたため  
はじめの治療で治らなかったため    覚えていない    その他（                    ）

7-1. お子さんの睡眠についてお聞きします。

最近 1 週間の平均的な状況についてあてはまるところに☑をつけてください。

	非常にあて はまる	あてはまる	どちらかと いえばあて はまる	どちらかと いえばあて はまらない	あてはまら ない	まったくあ てはまらな い
1. 朝、ちゃんと目が覚めるのに時間がかかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 寝坊して学校に遅刻する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 昼間、落ち着きがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 昼間、眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 寝返りなどの体の動きが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 学校で居眠りを指摘される	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 大きないびきをかく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 息が止まる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 鼻息が荒かったり、あえいだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 夜、寝ている間に2回以上起きる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9-1. お子さんと同居したことのあるご家族に胃がんにかかった人はいますか。そしてそれはどなたですか。もしもいる場合はお子さんとの関係を選んでください。

9-1-1. 胃がんにかかった人が いる → 9-1-2 へ  
いない → 9-2 へ

9-1-2. 胃がんにかかった人は 父 母 祖父 祖母 おじ おば  
(複数回答可)

9-2. お子さんのご両親は健診他で胃カメラ検査をしたことがありますか。

父 はい → 9-3 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4 (8 ページ) へ

母 はい → 9-3 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4 (8 ページ) へ

9-3. 9-2で「はい」と答えた方にお聞きします。

9-3-1. 何か異常は指摘されましたか。

父 指摘された → 9-3-2 へ  
指摘されなかった }  
わからない } → 9-4 (8 ページ) へ

母 指摘された → 9-3-2 へ  
指摘されなかった }  
わからない } → 9-4 (8 ページ) へ

9-3-2. 異常を指摘された方は、該当するものすべてに☑をつけてください。

父 食道がん 逆流性食道炎 胃炎 胃潰瘍 胃がん  
胃底腺ポリープ 過形成ポリープ 萎縮性胃炎・慢性胃炎  
十二指腸炎・びらん 十二指腸潰瘍 わからない

母 食道がん 逆流性食道炎 胃炎 胃潰瘍 胃がん  
胃底腺ポリープ 過形成ポリープ 萎縮性胃炎・慢性胃炎  
十二指腸炎・びらん 十二指腸潰瘍 わからない

9-4. ピロリ菌についてお聞きします。

9-4-1. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか。

- 父 はい → 9-4-2 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ
- 母 はい → 9-4-2 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ

9-4-2. 9-4-1 で「はい」と答えた方にお聞きします。

ピロリ菌は陽性でしたか。

- 父 はい → 9-4-3 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ
- 母 はい → 9-4-3 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ

9-4-3. 9-4-2 で「はい」と答えた方にお聞きします。

ピロリ菌除菌治療をしましたか。

- 父 はい → 9-4-4 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ
- 母 はい → 9-4-4 へ  
いいえ }  
わからない } → 9-4-6 (9 ページ) へ

9-4-4. 9-4-3 で「はい」と答えた方にお聞きします。

ピロリ菌は除菌されましたか。

- 父 はい 1 回で除菌されず再治療で除菌された 再治療でも除菌されなかった  
確認しなかった (できなかった) わからない
- 母 はい 1 回で除菌されず再治療で除菌された 再治療でも除菌されなかった  
確認しなかった (できなかった) わからない

9-4-5. ピロリ菌を除菌した方にお聞きします。

除菌したのは何歳のときですか。

父 \_\_\_\_\_歳       わからない

母 \_\_\_\_\_歳       わからない

9-4-6. お子さんと同居したことのあるご家族で、お子さんのご両親以外にピロリ菌を指摘された人はいますか。もしもいる場合は、お子さんとの関係及びその後の治療などについて、一人ずつご記入下さい。

いる                      → 以下に記入してください

いない  
 わからない      } → 10-1 へ

**両親以外で1人目**     祖父     祖母     おじ     おば

9-4-6-f1. 除菌治療を受けましたか       はい     いいえ     わからない

9-4-6-f2. ピロリ菌は除菌されましたか

はい     1回で除菌されず再治療で除菌された     再治療でも除菌されなかった

確認しなかった（できなかった）     わからない

9-4-6-f3. 除菌した年齢      \_\_\_\_\_歳       わからない

**両親以外で2人目**     祖父     祖母     おじ     おば

9-4-6-s1. 除菌治療を受けましたか       はい     いいえ     わからない

9-4-6-s2. ピロリ菌は除菌されましたか

はい     1回で除菌されず再治療で除菌された     再治療でも除菌されなかった

確認しなかった（できなかった）     わからない

9-4-6-s3. 除菌した年齢      \_\_\_\_\_歳       わからない

10-1. お子さんのご両親は成人前からメガネもしくはコンタクトレンズを使用していましたか。現在使っていない場合も、成人前のことをお答えください。

父     使っていない     使っていた     使うように言われたが使っていなかった  
 わからない

母     使っていない     使っていた     使うように言われたが使っていなかった  
 わからない

