

2011 年度

县民健康管理调查

关于心理健康状况・生活习惯的调查

调查问卷

(普通版)

由于东日本大地震引发的核电站事故灾害的原因，许多人被迫过着一种完全不同于往常的避难生活，他们的生活习惯也因此发生了巨大的变化。不难想象，很多人会感受到非常大的不安以及精神上的压力。

在县民健康管理调查工作中，作为详细调查的一环，我们以避难区域等地区的居民为对象，为了解掌握这些人的心理和身体上的健康状态以及现在的生活习惯等情况，进而达到有助于大家今后健康管理的目的，决定实施本次的问卷式调查。

本调查问卷，发送给 1995 年 4 月 1 日以前出生的人。

本调查问卷中请各位填写的个人信息，出于健康管理工作的需要，将在福岛县政府内使用。此外，会根据您所居住的市町村政府的要求而向他们提供相应的信息。同时，对调查结果将进行统计并加以分析而后予以公布。但绝不会以特定的某个人信息的形式进行公开。

另外，这份调查问卷需您本人来填写。但是，对于未成年人，需取得保护人的同意之后实施调查。因此，请在下一页的“保护人签名栏”处签名之后再填写。此外，如果有因年事已高等原因其本人不能自行填写的情况，可以请家庭的其他成员或同居者代笔填写。

在收到本调查问卷之后，请尽快进行填写，烦请在 2 个星期之内使用附带的回信用信封邮寄给我们。

如果对本调查的内容等有不明白的地方，请向调查问卷末记载的联系地点进行咨询。

福 岛 县
福岛县立医科大学

请在以下空栏中填写相关内容，

在相关选项的“□”内画“✓”选择。

填写日：2012 年_____月_____日		填写人： ₁ □ 本人 ₂ □ 代理（二者关系_____）	
假名注音 姓 名：_____		性别： ₁ □ 男 ₂ □ 女	
生 日：_____年_____月_____日			
保护人签名栏（调查对象如是未成年人，请保护人对本调查予以同意并在此签名。） （保护人签名）_____			
2011年3月11日当时的居民卡上的住所：□与封面上的住所相同（无须填写） 〒_____ - _____ _____都・道 _____市・区 _____区・町 _____府・县 _____郡 _____村 公寓等的名称・房间号_____			
现在的住所： ₁ □与封面上的住所相同（无须填写） ₂ □与3月11日当时的居民卡上的住所相同（无须填写） 〒_____ - _____ _____都・道 _____市・区 _____区・町 _____府・县 _____郡 _____村 公寓等的名称・房间号_____			
预定迁居地住所（今后已决定要迁居并住所已定者，请填写在此处） 〒_____ - _____ _____都・道 _____市・区 _____区・町 _____府・县 _____郡 _____村 公寓等的名称・房间号_____			
预定迁居日：_____年_____月_____日			
联系方式 ※在有漏记等情况时，负责本次调查的工作人员会根据需要与您取得联系，此时会使用本栏的信息。 电话号码：（_____）_____ - _____（_____先生/女士转） 手机号码：_____ - _____ - _____			
工作情况： ₁ □ 专职 ₂ □ 零工 ₃ □ 无职业（含学生、家庭主妇）			

问题 1. 您现在的健康状况如何？（请选择其中一项画入“✓”）

非常好 1 <input type="checkbox"/>	良好 2 <input type="checkbox"/>	普通 3 <input type="checkbox"/>	不好 4 <input type="checkbox"/>	非常不好 5 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

问题 2. 至今为止，是否曾被医生诊断患有以下疾病？

1) 高血压（或者、血压高）

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

现在定期去医院吗？ 1 ☐ 去 2 ☐ 不去

2) 糖尿病（或者、血糖高）

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

现在定期去医院吗？ 1 ☐ 去 2 ☐ 不去

3) 高血脂症（或者、胆固醇或中性脂肪高）

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

现在定期去医院吗？ 1 ☐ 去 2 ☐ 不去

4) 癌症（含白血病或恶性淋巴瘤）

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

哪个部位的「癌症」？（如有请都填写出来）

(), (), ()

5) 脑中风

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

属于哪种类型的脑中风？（可多项选择）

1 ☐ 脑梗塞（脑栓塞、脑血栓）

2 ☐ 脑出血

3 ☐ 蛛网膜下出血

因脑血管堵塞
引起的疾病

6) 心脏病

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

属于哪种类型的心脏病？（可多项选择）

1 ☐ 心肌梗塞

2 ☐ 心绞痛（狭心症）

因心脏血管堵
塞引起的疾病

7) 慢性肝炎

1 ☐ 没有 2 ☐ 有 →

属于哪种类型的慢性肝炎？

1 ☐ B 型肝炎 2 ☐ C 型肝炎

3 ☐ 其它 ()

8) 肺炎（最近10年之内）

₁ ☐ 没有 ₂ ☐ 有

9) 50岁以后的骨折

₁ ☐ 没有 ₂ ☐ 有

10) 甲状腺疾病

₁ ☐ 没有 ₂ ☐ 有

11) 精神疾病

₁ ☐ 没有 ₂ ☐ 有

属于哪种类型的甲状腺疾病？

₁ ☐ 甲状腺功能亢进症（甲亢、巴赛杜病）

₂ ☐ 甲状腺功能低下症

₃ ☐ 其它（_____）

问题 3. 至今为止，您接受过以下的检查吗？

请在相关选项处画入“✓”选择。

1. CT 检查（使用一种中央有空洞的大型医疗仪器进行检查。与检查时产生很大声响的MRI 不同，是一种安静的检查。）

₁ ☐ 没接受过

₂ ☐ 接受过

₃ ☐ 不清楚

2. 透视检查（使用白色的钡剂进行的检查，也称作钡餐透视检查）

₁ ☐ 没接受过

₂ ☐ 接受过

₃ ☐ 不清楚

3. 其它，血管造影检查（例如：心脏导管检查等）、核医学检查（闪烁造影术・闪烁扫描术检查）、PET（派特）检查的三种检查之中的任何检查。

₁ ☐ 没接受过

₂ ☐ 接受过

₃ ☐ 不清楚

₁ ☐ 血管造影检查 ₂ ☐ 核医学检查 ₃ ☐ PET 检查

问题 4. 至今为止，您有没有因为疾病而接受过放射线疗法的治疗？

请在相关选项处画入“✓”选择。

- 1 ☐ 没接受过 2 ☐ 接受过
3 ☐ 不清楚

有复数次时，请分别逐个填写。

是什么疾病？ 大概几岁的时候？
() 大概 岁的时候
() 大概 岁的时候
() 大概 岁的时候

问题 5. 最近几天，是否因为生病或受伤等原因而有不舒服的地方（有无自我感觉的症状）？

- 1 ☐ 有 2 ☐ 没有

是什么症状？请在所有的相关选项处画“○”标示出来。

另外，如有在此次灾害后进一步恶化了的症状，请在该选项处画“◎”标示出来。

- | | | |
|------------|-------------------|-------------|
| a. 手脚关节疼痛 | b. 容易变得急躁 | c. 头痛 |
| d. 头晕 | e. 心跳（心悸） | f. 气喘（气急） |
| g. 咳嗽・有痰 | h. （喉咙等呼吸器）呼哧呼哧地响 | i. 腹泻 |
| j. 便秘 | k. 食欲不振 | l. 腹痛・胃痛 |
| m. 痔疮痛・出血等 | n. 牙痛 | o. 牙龈肿・出血 |
| p. 咀嚼困难 | q. 痒（湿疹・足癣等） | r. 腰痛 |
| s. 尿失禁（尿漏） | t. 腿脚浮肿或倦懒发酸 | u. 排尿困难・尿痛 |
| v. 切伤・烫伤等 | w. 月经不调・经痛 | x. 骨折・扭伤・脱臼 |
| y. 其它（ ） | | |

问题 6. 关于日常生活能力的问题。

1) 以下各项日常生活中的行为，您是否能一个人来完成？

日常生活中的行为	一个人可以完成	一个人做不了
1. 不用他人帮助用餐（不包含做饭菜等准备工作）	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. 不用他人帮助换穿衣服	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. 不用他人帮助上厕所大小便	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. 去购买日常生活用品	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

2) 是否参加消遣娱乐活动（唱卡拉 OK 或打门球等）？或者参加所在街道地区的活动（庙会以及赛会等）？（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

- 1 ☐ 不参加、极少参加 2 ☐ 有时参加 3 ☐ 经常参加

问题 7. 关于睡眠的问题。

1) 您对自己最近 1 个月的睡眠质量满意吗？（不考虑睡眠时间的长短）

（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

₁ ☐ 满意 ₂ ☐ 稍有不满意 ₃ ☐ 很不满意 ₄ ☐ 非常不满、或完全睡不着

2) 以下各项，在 1 个星期里是否有过 3 次以上的经历？

		有	没有
1	晚上，从上床到入睡所需时间长	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
2	晚上，在睡眠中途醒来	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
3	在预定起床时间之前就醒来，并无法再次入睡	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
4	总体睡眠时间不足	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
5	白天心情忧郁沉闷	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
6	白天身体及精神上的活动能力下降	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
7	白天感到困倦（有睡意）	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

问题 8. 关于吸烟的问题。

1) 您吸烟（纸卷烟）吗？雪茄烟、烟嘴烟斗类除外。

（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

₁ ☐ 没吸过烟

₂ ☐ 已戒烟

₃ ☐ 吸烟

戒烟以后，已经过了多久？ 年 个月

请转至下一问题

平均起来，您 1 天吸多少枝烟？
※ 已戒烟的，请填写吸烟时期的每天所吸枝数。
平均 1 天大约 枝

您的吸烟年数加起来共有几年？
总计大约 年

2) 最近 10 年里，在家庭或工作单位等场所，是否被动地吸入过其他人吸烟时产生的烟气？

（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

₁ ☐ 每天 ₂ ☐ 大约每周 4—5 天 ₃ ☐ 有时 ₄ ☐ 极少有

3) 您在 2011 年 3 月 11 日大地震之前，吸烟吗？

(请在相关选项处选择一项画入“✓”)

₁ ☐ 不吸烟 ₂ ☐ 吸烟

问题 9. 关于饮酒的问题。

1) 您喝酒（酒精类饮料）吗？（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

₁ ☐ 不喝、或者几乎不喝

（每月少于 1 次）

₂ ☐ 已戒酒

₃ ☐ 喝酒（每月多于 1 次）

请转至 2)

戒酒后，已经过了多久？

年 个月

请回答以下
问题

在最近 1 年里，平均起来，您喝的酒的种类以及喝的频度，并每次喝的量是多少，请回答。

酒的种类		不喝	喝的频度（请选择其中一项画入✓）					平均每次 所喝的量
			每周 不到 1 次	每周 1-2 次	每周 3-4 次	每周 5-6 次	每天	
啤酒	大瓶	₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	__ 瓶
	中瓶 · 中罐	₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	__ 瓶 · 罐
	小瓶 · 小罐	₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	__ 瓶 · 罐
日本酒		₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	__ 合 (1 合=180ml)
烧酒		₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	玻璃杯 __ 杯
葡萄酒		₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	高脚杯 __ 杯
西洋酒※	Single (大约 30ml)	₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	玻璃杯 __ 杯
	Double (大约 60ml)	₀ <input type="checkbox"/>	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>	玻璃杯 __ 杯

※威士忌 · 白兰地等

2) 请问您在 2011 年 3 月 11 日的大地震之前，喝酒（酒精类饮料）吗？

（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

₁ ☐ 不喝，或者几乎不喝（每月少于 1 次）

₂ ☐ 喝（每月多于 1 次）

问 10. 关于饮食生活的问题。请回答您在现在的日常生活中食用（饮用）以下食品（饮料）的频度。

请在相关选项处选择一项画入“✓”

食用（或饮用）的频度 食品（或饮料）的种类		不吃 （不喝）	每周 少于 1 次	每周 1-2 次	每周 3-4 次	每周 5-6 次	每天
米饭（大米）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
面包		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
鱼（生鱼片、烤鱼、炖鱼、炸鱼等）		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
肉类	鸡肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	牛肉、猪肉	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	火腿、香肠	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
蔬菜	绿叶类蔬菜 （菠菜、小松菜、韭菜等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	红色・黄色类蔬菜 （西红柿、胡萝卜、南瓜等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	浅色蔬菜 （白菜、洋白菜（卷心菜）、萝卜等）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	蔬菜汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
水果	水果	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	水果汁	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
大豆	纳豆	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	大酱汤（味噌汁）	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	豆腐・用豆腐做的菜	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	煮豆・用煮豆做的菜	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
牛奶		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
豆浆		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
酸奶、乳酸菌饮料		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

问题 11. 您平时运动吗？（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

- ☐ 几乎每天运动 ☐ 每周运动 2~4 次
☐ 每周运动 1 次左右 ☐ 几乎不运动

问题 12. 在过去的 30 天里，以下事项以怎样的频度曾经发生过？
请在相关数字处画“○”选择。

		完全 没有	有一 点儿	有时	大多 时候	经常
1	感到过神经过敏吗？	0	1	2	3	4
2	感到过绝望吗？	0	1	2	3	4
3	感到过坐立不安、心烦气燥吗？	0	1	2	3	4
4	感到过心情消沉郁闷，不管发生什么事情都无法让心情舒畅起来吗？	0	1	2	3	4
5	感到过不管做什么都很辛苦费劲吗？	0	1	2	3	4
6	感到过自己是一个没有价值的人吗？	0	1	2	3	4

问题13. 关于2011年3月11日发生的东日本大震灾（地震、海啸、核电站事故）中您所经历的问题。

填写时请注意：以下各项内容是人们在人生经历中感到了紧张不安、有很大精神压力的体验（以下称为“应激反应经历”）后，针对该经历而时常会引发的各种问题或诉说的症状列表。请在阅读并理解了各项内容之后，选择您在最近1个月里因该问题而感到烦恼的程度，用“○”圈出栏中的数字。

		完全没有	有一点儿	中等程度	相当程度	极大程度
1	反复回想起“应激反应经历”扰乱您心情的那个记忆、思考、印象（情景等）。	1	2	3	4	5
2	反复在睡觉时梦到那个“应激反应经历”扰乱您心情的梦。	1	2	3	4	5
3	就像那个“应激反应经历”再一次发生了一样（就像又一次经历了那个事情），突然之间，做出反应（恐惧或焦急等反应），或感受到这些。	1	2	3	4	5
4	由于某种契机而回想起那个“应激反应经历”时，感觉非常的动摇（慌张不安）。	1	2	3	4	5
5	由于某种契机而回想起那个“应激反应经历”时，身体会做出反应（比如：变得心脏跳速加快、心慌、呼吸困难、冒汗等）。	1	2	3	4	5
6	尽可能避开思考或谈及那个“应激反应经历”，或者，尽可能不对那个经历抱有任何相关感情。	1	2	3	4	5
7	由于会令人想起那个“应激反应经历”，所以，尽可能回避参加参与某些相关特定的活动。	1	2	3	4	5
8	很难回想起那个“应激反应经历”的一些重要的内容部分。	1	2	3	4	5
9	对于以前很感兴趣的活动的，现在失去了兴趣。	1	2	3	4	5
10	与其他人之间有一种距离感，有自己被疏远感。	1	2	3	4	5
11	感觉自己在感情上有些麻木，无法对自己亲近的人（像往常那样）持有爱情。	1	2	3	4	5
12	不知什么原因，感觉自己没有什么未来。	1	2	3	4	5
13	睡得不深，会在睡眠中途醒来。	1	2	3	4	5

14	焦躁不安、郁闷压抑，有时会忍不住发火。	1	2	3	4	5
15	无法集中精力做某件事情。	1	2	3	4	5
16	变得非常小心，对周围戒心很强。	1	2	3	4	5
17	神经变得很敏感，很小的事情也会感到吃惊。	1	2	3	4	5

问题 14. 关于 2011 年 3 月 11 日东日本大震灾的问题。

1) 在这次震灾中，您经历了以下的哪些内容？请在所有相关选项处画入“✓”选择。

☐ 地震 ☐ 海啸 ☐ 核电站事故（听到爆炸声） ☐ 都没有经历过

2) 由于这次震灾的原因，行政机构对居民住宅进行了受害程度认定。您家的住房属于哪一种情况？请选择其中一项画入“✓”。

☐ 房屋没有损坏 ☐ 部分损坏 ☐ 损坏一半 ☐ 大规模损坏 ☐ 全部损坏

3) 在这次震灾中，您是否失去了亲人好友等身边宝贵的人？

☐ 有 ☐ 没有

└─ 是您的什么人？（_____）（_____）个人

4) 由于震灾的原因，您的居住环境发生了什么样的变化？请在您经历过（住过）的所有选项的“□”内画入“✓”。另外，对您现在的居所，请使用“○”将该选项的“□”圈起来。

☐ 避难所 ☐ 临时住宅 ☐ 租借的房子 ☐ 亲戚家 ☐ 自家持有的房子

☐ 其它（_____）

5) 由于震灾及核电站事故的原因，工作情况发生了什么样的变化？

☐ 有变化 ☐ 没有变化

└─ 发生了怎样的变化？请在所有相关选项的“□”内画入“✓”。

☐ 原来无工作，开始工作了 ☐ 失业了 ☐ 换工作了 ☐ 收入增加了

☐ 收入减少了

☐ 其它（_____）

问题 15. 关于核辐射对健康所产生的影响的认识的问题。

请在相关数字处画“○”选择。

		可能性 极小			可能性 非常大
1	在您看来，由于现在的核事故被辐射而引发急性健康危害（比如、1个月之内的死亡等）的可能性有多大？	1	2	3	4
2	在您看来，由于现在的核事故被辐射，致使今后会出现健康危害（比如、引发癌症等）的可能性有多大？	1	2	3	4
3	在您看来，由于现在的核事故被辐射，下一代以后的人（将来出生的您的子孙等）产生健康上的不良影响的可能性有多大？	1	2	3	4

※ 以下项目内容是作为和健康以及生活习惯相关联的信息问题而提问，无意涉入您的隐私。请在您不介意的范围内予以回答。

问题 16. 关于您的最终学历，请选择其中一项画入“✓”。

₁ ☐ 小学·中学

₂ ☐ 高中

₃ ☐ 专科学校·大专

₄ ☐ 大学本科（4年制）· 研究生（硕士·博士）

**问题 17. 您的家庭成员（有血缘关系者）中，是否有患以下疾病的人？
（请在所患疾病的选项处画“✓”选择）**

1) 您的父亲（生父）患过以下疾病吗？（可多项选择）

₁ ☐ 脑中风

₂ ☐ 心脏病

₃ ☐ 糖尿病

₄ ☐ 癌症（部位：____、____、____）

₅ ☐ 没患过以上疾病

₆ ☐ 不清楚

2) 您的母亲（生母）患过以下疾病吗？（可多项选择）

₁ ☐ 脑中风

₂ ☐ 心脏病

₃ ☐ 糖尿病

₄ ☐ 癌症（部位：____、____、____）

₅ ☐ 没患过以上疾病

₆ ☐ 不清楚

3) 在您的兄弟（男性·有血缘关系者）之中，有患过以下疾病的人吗？（可多项选择）

如果没有兄弟，请在这里画“✓”

☐ 没有兄弟（有血缘关系者）

☐ 脑中风

☐ 心脏病

☐ 糖尿病

☐ 癌症（部位：____、____、____）

☐ 没有患过以上疾病的兄弟

☐ 不清楚

4) 在您的姐妹（女性·有血缘关系者）之中，有患过以下疾病的人吗？（可多项选择）

如果没有姐妹，请在这里画“✓”

☐ 没有姐妹（有血缘关系者）

☐ 脑中风

☐ 心脏病

☐ 糖尿病

☐ 癌症（部位：____、____、____）

☐ 没有患过以上疾病的姐妹

☐ 不清楚

男性所需填写回答的问题到此全部结束。请装入回信用信封并尽快邮寄给我们。

女性各位，请继续回答下面的问题。

以下问题，请女性各位回答。

问题 18. 关于月经的问题。

1) 请回答您现在的月经情况。（请在相关选项处选择一项画入“✓”）

☐ 现在有月经。

☐ 至今为止，从没有过月经。

☐ 已闭经（包含因手术原因的闭经）。

☐ 正在怀孕中或因产后，现在没有月经。

☐ 由于其它原因，现在没有月经。

您第一次来月经是几岁的时候？

岁

2) 在 1) 的选项问题中选择了“已闭经”的人，请回答以下问题。

① 月经结束时的年龄是多少岁？ 岁

② 月经结束的原因是什么？

☐ 自然闭经

☐ 由于治疗原因的闭经（摘除卵巢或子宫、
放射线疗法、化学疗法等）

问题 19. 您有出生孩子的经历吗？

☐ 有

☐ 没有

所有问题到此结束。请装入回信用信封并尽快邮寄给我们。



县民健康管理调查



福島県・福島県立医科大学

〔咨询方法〕

- 关于调查问卷的邮寄以及填写方法的咨询
福島県立医科大学 县民健康管理调查事務局
电话号码 024-549-5170 (9:00~17:00)