

2011 년도

현민건강관리조사

마음의 건강도 · 생활습관에 관한 조사

조사표

(일반용)

이번 대지진에 따른 원자력재해로 말미암아 지금까지의 생활과는 전혀 다른
피난생활을 하고 생활습관이 크게 변화하고 많은 불안과 스트레스를 받고 계시는
분이 많은 것으로 예상됩니다.

현민 건강관리 조사에서는 자세한 조사의 일환으로 피난 구역 등의 주민을
대상으로 마음과 몸의 건강상태와 현재의 생활습관 등을 파악하여 앞으로 여러분의
건강관리의 도움을 목적으로 질문지 조사를 시행하기로 했습니다.

이 조사표는 생년월일이 1995년 4월 1일 이전의 분을 대상으로 배부합니다.
본 조사표에 기재된 개인정보는 건강관리를 위하여 현에서 사용하며 살고 계시는
시마치무라의 요구에 따라 정보제공함과 동시에 조사 결과는 집계분석 형태로 공표
하는 것으로 개인이 특정된 형태로 공표하지 않습니다.

또한 본 조사표는 본인이 기재하십시오. 다만 미성년자의 경우에는 보호자의
동의하에서 실시하므로 다음 페이지의 보호자 서명란에 서명하시고 기재하십시오.
또한 고령 등으로 본인이 기재할 수 없는 경우에는 가족분이나 동거하시는 분이
기재하십시오.

본 조사표를 받으신 후에는 죄송합니다만 약 2 주일을 기준으로 반송하여주시기
바랍니다.

본 조사에 대하여 문의사항이 있으시면 권말의 문의처에 연락하여주시기 바랍니
다.

후 쿠 시 마 현
후쿠시마현립의과대학

아래의 란에 필요 사항을 적어주시고
해당하는 ☐에 ☒하십시오.

기입날짜 : 2012 년 _____ 월 _____ 일		회답자 : ₁ <input type="checkbox"/> 본인 ₂ <input type="checkbox"/> 대리인 (친족관계 _____)	
후리가나 이름 : _____		성별 : ₁ <input type="checkbox"/> 남 ₂ <input type="checkbox"/> 여	
생년월일 : _____년 _____월 _____일			
보호자 서명란 (대상자가 미성년자의 경우에는 본 조사에 동의 후 보호자의 서명란에 서명하십시오) (보호자 서명) _____			
2011년3월11일 현재 주민표의 주소: <input type="checkbox"/> 표지의 주소와 동일(기재 생략 가) 〒 _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 도 부·현 시·구 군 구·마치 무라 </div> _____ 아파트 등 명칭·방번호 _____			
현재 주소 : ₁ <input type="checkbox"/> 표지의 주소와 동일(기재 생략가) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ₂<input type="checkbox"/>3월11일 현재 주민표의 주소와 동일(기재 생략 가) </div> _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 도 부·현 시·구 군 구·마치 무라 </div> _____ 아파트 등 명칭·방번호 _____			
이사 예정지 주소(이후의 이사 예정지가 정해진 분은 이곳도 적어주십시오) 〒 _____ - _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 도 부·현 시·구 군 구·마치 무라 </div> _____ 아파트 등 명칭·방번호 _____ 이사 예정일 : _____년 _____월 _____일			
연락처 ※기재 누락 등의 확인을 위하여 조사 담당자가 직접 문의할 때에 필요로 합니다. 자택 전화번호 : (_____) _____ - _____ (_____ 님) 핸드폰 번호 : _____ - _____ - _____			
근무형태 : ₁ <input type="checkbox"/> 상근 ₂ <input type="checkbox"/> 파트 ₃ <input type="checkbox"/> 무직(학생, 전업주부를 포함)			

문 1. 현재 당신의 건강상태는 어떻습니까? (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

매우 양호 1 <input type="checkbox"/>	양호 2 <input type="checkbox"/>	보통 3 <input type="checkbox"/>	나쁘다 4 <input type="checkbox"/>	매우 나쁘다 5 <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

문 2. 지금까지 다음과 같은 질병에 걸려 있다고 의사에게 진단을 받은 적이 있습니까?

1) 고혈압 (혹은 혈압이 높다)

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

현재 통원하고 있습니까? 1 ☐ 예 2 ☐ 아니요

2) 당뇨병 (혹은 당뇨가 높다)

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

현재 통원하고 있습니까? 1 ☐ 예 2 ☐ 아니요

3) 고지혈증 (혹은 콜레스테롤이며 중성지방이 높다)

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

현재 통원하고 있습니까? 1 ☐ 예 2 ☐ 아니요

4) 암 (백혈병이나 림프종양 포함)

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

어디 「암」 입니까? (전부 대답하십시오)

(), (), ()

5) 뇌졸중

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

뇌졸중의 종류는 무엇입니까? (복수회답 가)

뇌의 혈관이
막혀 일어나는
질병입니다.

1 ☐ 뇌경색 (뇌색전, 뇌혈전)

2 ☐ 뇌출혈 3 ☐ 지주막하 출혈

4 ☐ 기타 () 5 ☐ 모른다

6) 심장병

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

심장병의 종류는 어떤 것입니까? (복수회답 가능)

심장의 혈관이
막혀 일어나는
질병입니다.

1 ☐ 심근경색

2 ☐ 협심증

3 ☐ 기타 () 4 ☐ 모른다

7) 만성간염

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다 ➡

만성간염의 종류는 무엇입니까?

1 ☐ B 형간염 2 ☐ C 형간염

3 ☐ 기타 ()

8) 폐염 (최근 10년 사이)

1 ☐ 없다 2 ☐ 있다

9) 50세 이후의 골절

₁ ☐ 없다 ₂ ☐ 있다

10) 갑상선 질환

₁ ☐ 없다 ₂ ☐ 있다

11) 정신질환

₁ ☐ 없다 ₂ ☐ 있다

갑상선 질환의 종류는 무엇입니까?

₁ ☐ 갑상선 기능 항진증 (바세도우병)

₂ ☐ 갑상선 기능 저하증

₃ ☐ 기타 ()

문 3. 지금까지 다음과 같은 검사를 받으신 적이 있습니까?

해당하는 곳 하나에 ✓하십시오 .

1. CT 검사 (중앙의 원통에 구멍이 있는 큰 장치를 사용하는 검사입니다. 검사 중에 큰소리가 나는 MRI와는 달리 조용한 검사입니다.)

₁ ☐ 없다

₂ ☐ 있다

₃ ☐ 모른다

2. 투시검사 (하얀 바륨을 사용한 검사입니다)

₁ ☐ 없다

₂ ☐ 있다

₃ ☐ 모른다

3. 기타 혈관조영검사 (예:심장카테터검사) , 핵의학검사 (신티그래프검사) ,
PET 검사중 하나

₁ ☐ 없다

₂ ☐ 있다

₃ ☐ 모른다

₁ ☐ 혈관조영검사 ₂ ☐ 핵의학검사 ₃ ☐ PET 검사

문 4. 지금까지 질병치료를 위하여 방사선 치료법을 받으신 적이 있습니까?

해당하는 곳 하나에 ✓하십시오 .

₁ ☐ 있다 ₂ ☐ 없다

₃ ☐ 모른다

어떤 질병이었습니까? 몇 세션이었습니까?

() 세션

() 세션

() 세션

복수로 있는 분은
각각 적어주십시오

문 7. 수면에 대하여 문의합니다.

- 1) 요즘 한달 사이에 (수면 길이와 관계없이) 수면의 질에 만족하고 있습니까?
(해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

₁ ☐ 만족한다 ₂ ☐ 조금 불만 ₃ ☐ 아주 불만 ₄ ☐ 전혀 잠들 수 없다

- 2) 다음과 같은 경험이 적어도 매주 3번 이상 있었습니까?

		있다	없다
1	밤에 잠자리에 들어가서 잠들기까지 시간이 걸린다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
2	야간에 수면도중 잠이 깬다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
3	원하는 기상 시간보다 빨리 깨고 그 이상 못 잔다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
4	총수면 시간이 부족하다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
5	낮 시간에 기분이 우울하다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
6	낮 시간에 정신적 및 활동이 저하한다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
7	낮 시간에 졸린다	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

문 8. 흡연에 관하여 문의합니다

- 1) 담배 (종이로 말은 담배) 를 피우십니까? 쉼터나 파이프는 제외합니다.
(해당하는 것 하나에 ✓하십시오)

₁ ☐ 피운적이 없다

₂ ☐ 끊었다

₃ ☐ 피우고 있다

이쪽으로 진행
하십시오

끊은지 얼마나 됩니까? 년 개월

평균 하루에 몇 대 정도 입니까?
※ 끊으신 분은 피우셨을 때의 숫자를 적어주십시오
평균 하루에 대 정도

흡연 연수는 합계해서 몇 년입니까?
합계 년 정도

이쪽으로 진행
하십시오

- 2) 최근 10년 사이에 가정이나 직장 등에서 다른사람이 피운 담배 연기를 마신 적이 있습니까? (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

₁ ☐ 매일 ₂ ☐ 한주에 4-5일 정도 ₃ ☐ 가끔 ₄ ☐ 드물다

- 3) 2011년 3월 11일 지진재해전에 담배를 피우고 있었습니까? (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

₁ ☐ 피우지 않았다 ₂ ☐ 피웠다

문 9. 음주에 대하여 문의합니다.

1) 술 (알콜 음료) 을 마십니까? (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

- 1 ☐ 안 마신다, 또는 거의 안 마신다 2 ☐ 끊었다 3 ☐ 마신다 (한달에 한 번 이상)
(한달에 한 번 미만)

2)에 진행하여
주십시오

끊은지 어느 정도 됩니까?
| 년 개월

이쪽으로
진행하여
주십시오

최근 1년 사이에 종류별로 마신 술의 빈도와 한번에 마시는 양을 대답하십시오.

술 종류		마시지 않는다	마시는 빈도 (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)					한번에 마시는 양
			한주에 1 회미만	한주에 1-2 회	한주에 3-4 회	한주에 5-6 회	매일	
맥주	대형병	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__ 병
	중형병·중형캔	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__ 병
	소형병·소형캔	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__ 병
일본술		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	__ 홑
소주		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	컵 __ 컵
와인		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	글래스 __ 컵
양주*	싱글	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	컵 __ 컵
	더블	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	컵 __ 컵

*위스키와 브랜디등

2) 2011 년 3 월 11 일 지진재해 이전에 술 (알콜 음료) 을 마셨습니까?

(해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

- 1 ☐ 마시지 않았다 혹은 거의 마시지 않았다 (한달에 1 회 미만)
2 ☐ 마셨다 (한달에 1 회 이상)

문 10. 식생활에 대하여 문의합니다. 현재의 식생활에 관하여 다음의
식품 (음료) 은 어느 정도의 빈도로 드십니까 (마십니까) ?
해당하는 곳 하나에 ✓하십시오

먹다(마신다) 빈도 식품 (음료) 의 종류		먹지 않는다	한주에 1 회 미만	한주에 1-2 회	한주에 3-4 회	한주에 4-5 회	매일
밥 (쌀)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
빵		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
생선요리 (사시미, 생선구이, 생선죽임, 튀김 등)		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
육류	닭고기	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	소고기, 돼지고기	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	햄, 소세지	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
야채	녹색 야채 (시금치, 고마즈나, 부추 등)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	빨강과 황색 야채 (토마도, 당근, 호박 등)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	담색야채 (배추, 양배추, 무우 등)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	야채주스	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
과일	과일	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	과일주스	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
대두	нат	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	된장국	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	두부 요리	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	콩죽임 요리	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
우유		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
두유		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
요구르트, 유산균 음료		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

문 11. 당신은 평소에 운동을 하십니까? (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

- ☐ ₁ 거의 매일 하고 있다 ☐ ₂ 한주에 2 ~ 4 회 하고 있다
☐ ₃ 한주에 1 회 정도 하고 있다 ☐ ₄ 거의 하지 않는다

문 12. 지난 30 일 사이에 어느정도의 빈도로 다음과 같은 일이 있었습니까?
 해당하는 숫자에 ○를 그려주십시오.

		전혀 없다	조금 있다	가끔	대 부분	항상
1	신경과민을 느끼셨습니까	0	1	2	3	4
2	절망적이라고 느끼셨습니까	0	1	2	3	4
3	안전부절한 불안감을 느끼셨습니까	0	1	2	3	4
4	기분이 침울해서 무슨 일에도 마음이 밝아지지 않는걸 느끼셨습니까	0	1	2	3	4
5	무엇을 하고 고되다고 느끼셨습니까	0	1	2	3	4
6	자신은 가치 없는 인간이라고 느끼셨습 니까	0	1	2	3	4

문13. 2011년3월11일에 일어난 동일본대지진재해(지진,쓰나미,원자력발전소
 사고)의 경험에 대하여 문의합니다.

기입에 있어서 : 이하의 사람들은 인생에 있어서 스트레스를 많이 경험했을 때
 그 경험에 대해서 때때로 일어나는 문제와 호소의 리스트입니다 각 항목을 읽
 고 최근 한 달사이에 그 문제로 어느정도 고민하고 있었는지 해당하는 란의
 숫자에 동그라미를 그려주십시오

		전혀 없었다	조금 있었다	중 간 정 도 있 었 다	꽤 있 었 다	매 우 있 었 다
1	그때의 스트레스 체험이 마음을 교란시키고 기억, 생각, 이미지(광경등) 를 반복하여 생각한다	1	2	3	4	5
2	그때의 스트레스 체험으로 마음을 교란시키는 꿈을 반복하여 꾸다	1	2	3	4	5

3	그때의 스트레스 체험이 다시 일어난듯이 (마치 다시 한번 그것을 경험하는 것처럼)갑자기 행동하거나 느낀다	1	2	3	4	5
4	무엇인가 계기로 그때의 스트레스 체험을 회상하면 매우 중요하다.	1	2	3	4	5
5	무엇인가 계기로 그때의스트레스 체험을 회상하면 몸이 반응한다 (예:심장이 두근거리고 숨이 답답해지고 땀이 난다)	1	2	3	4	5
6	그때의 스트레스 체험에 대하여 생각하거나 말하는 일을 피하며 그 체험에 관련하는 감정을 가지지 않도록 한다	1	2	3	4	5
7	그때의 스트레스 체험을 생각나지 않게 하기 위하여 특정된 활동이나 상황을 피한다.	1	2	3	4	5
8	그때의 스트레스 체험의 중요한 부분을 좀처럼 기억하지 못한다	1	2	3	4	5
9	이전에 즐겼던 활동에 대하여 흥미를 잃었다	1	2	3	4	5
10	다른 사람들로부터 거리감을 느끼고 소외를 당하고 있는 것처럼 느끼기도 한다	1	2	3	4	5
11	감정이 마비되어 있는 것처럼 느끼거나 친한 사람에게 애정을 가질 수 없다	1	2	3	4	5
12	웬지 자기의 앞날이 보이지 않는다	1	2	3	4	5
13	잠들기가 어렵고 수면 중에 눈을 뜨게된다	1	2	3	4	5
14	안절부절 짜증이 나거나 분노가 폭발한다	1	2	3	4	5
15	사물에 집중이 안 된다	1	2	3	4	5
16	매우 경계하거나 주의깊게 되거나 조심스러워진다	1	2	3	4	5
17	신경이 민감해져있거나 작은 일에 놀란다	1	2	3	4	5

문 14. 2011 년 3 월 11 일의 동일본대지진재해에 대하여 문의합니다.

1) 이번의 지진재해에서 당신이 경험한 것에 해당하는 모든 것에 ☒ 하십시오.

☐ 지진 ☐ 쓰나미 ☐ 원자력발전소사고 (폭발 소리를 들었다) ☐ 해당없음

2) 이번의 지진 재해에 의한 행정의 가옥피해 인정 결과에 해당하는 한 곳에만 ☒ 하십시오.

☐ 피해없다 ☐ 일부손괴 ☐ 반괴 ☐ 대규모반괴 ☐ 전괴

3) 이번의 지진 재해로 소중한 가까운 이웃을 잃으셨습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

↳ 누구십니까 () () 분

4) 지진 피해에 의해 거주지는 어느정도 바뀌었습니까? 해당하는 모든 것에 ☒ 하십시오 . 또 현재의 거주지에 대해서는 ☐을 ○로 그려 주십시오.

☐ 피난소 ☐ 가설주택 ☐ 셋집 · 아파트 ☐ 친척집 ☐ 자택
☐ 기타 ()

5) 지진재해와 원발사고로 직장 상황은 바뀌었습니까?

☐ 바뀌었다 ☐ 바뀌지 않았다

↓
어떻게 바뀌었습니까? 해당하는 모든 것에 ☒ 하십시오.

☐ 무직이었는데 새일을 시작했다 ☐ 실업했다 ☐ 전직했다

☐ 수입이 늘었다 ☐ 수입이 줄었다 ☐ 기타 ()

문 15. 방사선이 건강에 미치는 영향에 대한 인식에 대하여 문의합니다.
해당하는 란의 숫자에 ○를 그려주십시오.

		가능성이 극히 낮다			가능성이 매우 높다
1	현재의 방사선 피폭으로 급성 건강장애 (예를 들면 한달 이내에 사망하는 등)는 어느정도 나타날거라고 생각하십니까?	1	2	3	4
2	현재의 방사선 피폭으로 이후에 나타나는 건강장애(예를 들면 암의 발생 등)는 어느정도 나타날거라고 생각하십니까?	1	2	3	4
3	현재의 방사선 피폭으로 다음 세대 이후의 사람에게(장래에 태어날 본인의 자식이나 손주 등) 건강영향은 어느정도 나타날거라고 생각하십니까?	1	2	3	4

※ 아래의 문의은 건강과 생활습관에 관한 정보로 문의하므로 개인정보 보호에
들어갈 의도는 없습니다. 지장이 없는 범위에서 대답하십시오

문 16. 당신의 최종학력에 대하여 해당하는 곳에 ✓하십시오.

- ₁ ☐ 소학교 · 중학교 ₂ ☐ 고등학교
₃ ☐ 전문학교 · 단기대학 ₄ ☐ 대학 (4 년제) · 대학원

문 17. 가족(혈연자)중에서 다음과 같은 질환에 걸린 분이 계십니까?
(걸린적이 있는 질환에 ✓하십시오)

1) 아버지 (친아버지) 는 아래의 질환에 걸리신 적이 있습니까 (복수회답 가)?

- ₁ ☐ 뇌졸중 ₂ ☐ 심장병
₃ ☐ 당뇨병 ₄ ☐ 암 (부위 : _____, _____, _____)
₅ ☐ 이상의 질환에 걸린 적이 없다 ₆ ☐ 모른다

2) 어머니(친어머니)는 아래의 질환에 걸린 적이 있습니까 (복수회답 가)?

- ₁ ☐ 뇌졸중 ₂ ☐ 심장병
₃ ☐ 당뇨병 ₄ ☐ 암 (부위 : _____, _____, _____)
₅ ☐ 이상의 질환에 걸린 적이 없다 ₆ ☐ 모른다

3) 형제(남성·혈연)는 아래의 질환에 걸린적이 있습니까 (복수회답 가)?

형제가 없는 분은 여기에
✓하십시오

₀ ☐ 형제 (혈연) 는 없다

- ₁ ☐ 뇌졸중 ₂ ☐ 심장병
₃ ☐ 당뇨병 ₄ ☐ 암 (부위 : _____, _____, _____)
₅ ☐ 상기의 질환에 걸린 형제는 없다 ₆ ☐ 모른다

4) 자매(여성·혈연)는 아래의 질환에 걸린 적이있습니까 (복수회답 가)?

자매가 없는 분은
여기에 ✓하십시오

₀ ☐ 자매(혈연)는 없다

- ₁ ☐ 뇌졸중 ₂ ☐ 심장병
₃ ☐ 당뇨병 ₄ ☐ 암 (부위 : _____, _____, _____)
₅ ☐ 상기의 질병에 걸린 자매는 없다 ₆ ☐ 모른다

남성분은 이상으로 질문은 끝입니다. 회신용 봉투에 넣어서 제출
하십시오. 여성분은 다음으로 진행하십시오.

아래의 문의은 여성분만 대답하십시오.

문의 18. 월경에 대하여 문의합니다.

1) 현재의 월경에 대하여 알려주십시오 (해당하는 곳 하나에 ✓하십시오)

<input type="checkbox"/> 현재 월경이 있다 <input type="checkbox"/> 폐경했다(수술에 의한 폐경도 포함) <input type="checkbox"/> 임신중,출산후이므로 현재 월경이없다 <input type="checkbox"/> 기타 이유로 현재 월경이없다	<input type="checkbox"/> 지금까지 한번도 생리가없다
--	---

↓
월경을 시작했을 때의 연령은

세

2) (1)에서 「폐경했다」 라고 대답하신 분께 문의합니다.

①생리가 끝났을 때의 연령은 몇 세이었습니까?

세

②생리가 끝난 이유는 무엇입니까?

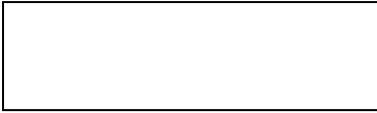
<input type="checkbox"/> 자연적인 폐경 <input type="checkbox"/> 치료에 의한 폐경(난소나 자궁 적출, 방사선치료법, 화학요법등) <input type="checkbox"/> 기타 (_____)

문 19. 출산 경험이있습니까?

☐ 있다

☐ 없다

이상으로 질문은 끝입니다. 회신용 봉투에 넣어서 반송하십시오.



현민건강관리조사



후쿠시마현·후쿠시마현립의과대학

[문의처]

- 조사표의 발송, 기재방법에 관한 문의처
후쿠시마현립의과대학 현민건강관리조사 사무소
전화번호 024-549-5170 (9:00~17:00)