

2011 年度

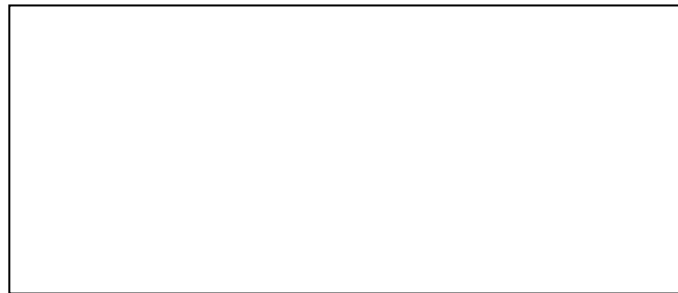


县民健康管理调查

关于心理健康状况・生活习惯的调查

调查问卷

(未成年人版③)



由于东日本大地震而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当中,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,为了解把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,从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 2 日~1998 年 4 月 1 日期间出生的未成年人 (2011 年 3 月 11 日当时是中学生的未成年人)。

本调查问卷中填写的个人信息,出于健康管理工作的需要,将在福岛县政府内使用。此外,会根据调查对象所居住的市町村政府机关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。

这份调查问卷的 问题 1~6, 需要在保护人同意之后, 由该未成年人本人填写。因此, 请首先在下一页的“保护人签名栏”处签名后再进行填写。问题 6 以后的问题, 请保护人来填写。

在收到本调查问卷之后,请尽快进行填写,并烦请在 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

在保护人签名栏签名的人，是你的什么人？（请画“✓”选择）

₁□母亲 ₂□父亲 ₃□祖父母 ₄□其他（_____）

假名注音

孩子的姓名：_____

性别：₁□男 ₂□女

保护人的姓名：_____（二者关系：_____）

孩子的生日：_____年_____月_____日

保护人签名栏（保护人对本调查如同意，请在此签名。）

（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（今后已决定迁居，并住所已定者，请填写此处）

〒_____ - _____

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：_____ - _____ - _____

问题 1~问题 6，请被调查对象本人填写。

填写人： 本人 代理（二者关系_____）

问题 1. 你现在的健康状况怎么样？（请选择其中的一项画入“✓”）

非常好 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	不好 <input type="checkbox"/>	非常不好 <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

问题 2. 最近几天，是否因为生病或受伤等原因而有不舒服的地方（有没有自我感觉的症状）？

有 没有



请问是什么症状？请在所有的相关选项处画“○”标示出来。
另外，如有此次震灾后进一步恶化了的症状，请在该处画“◎”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·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. 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 3. 关于睡眠的问题。

1) 你平时1天的睡眠时间（含午睡），平均有多少？

大约 个小时 分钟左右

2) 平时的睡眠，对你来说感觉足够吗？

足够 稍微不足 不够

问题 4. 平时，除了体育课之外，经常运动吗？

（课外小组活动·与体育有关的学习或训练等）（请选择其中一项画入“✓”）

几乎每天运动 大约每周运动 2~4 次
 大约每周运动 1 次 几乎不运动

问题 5. 关于饮食生活的问题。请问答，在你现在的日常生活当中，食用（饮用）以下食品（饮料）的频度如何？
请选择其中一项画入“✓”。

食用（或饮用）的频度 食品（或饮品）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
		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
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 6. 在这次震灾中，你经历了以下哪些事情？请在所有经历过的项目处画入“✓”。

1 地震 2 海啸 3 核电站事故（听到爆炸声） 4 都没有经历

对你的提问到此全部结束。
请把本调查问卷转交给你的保护人。

以下问题，请由保护人为您的孩子填写。

问题 7. 现在，孩子有没有正在治疗的疾病？如果有，请写出该疾病的名称。

没有 有



具体的疾病名称
(_____)

问题 8. 至今为止，孩子是否有过因病住院的经历？如果有，请写出该疾病的名称。

没有 有



具体的疾病名称
(_____)

问题 9. 至今为止，孩子接受过以下的检查吗？

请在相关选项处画“✓”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。与进行检查时产生很大声响的 MRI 不同，是一种很安静的检查）

没接受过

接受过

不清楚

2. 其它，使用 X 线的检查

（例如）透视检查、血管造影检查、核医学检查（闪烁造影术·闪烁扫描术检查）

没接受过

接受过



透视检查 血管造影检查 核医学检查

不清楚

问题 10. 至今为止，孩子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“✓”选择

没接受过 接受过

不清楚

有复数次时，请分别逐个填写出来。

是什么疾病？

大概几岁的时候？

(_____) 大概 岁 个月的时候

(_____) 大概 岁 个月的时候

(_____) 大概 岁 个月的时候

问题 11. 关于以下各个问题, 请在「不符合」、「大体符合」、「符合」这 3 个选项当中选择其中 1 项来回答, 在□内画“✓”选择(例如:).

即使对自己的回答没有信心, 或者, 感觉问题本身有些奇怪可笑, 也请都给与回答。

请回答, 您的孩子的最近半年左右的言行情况。

	不符合	大体符合	符合
1 很用心去关切体贴其他人的心情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 心烦气躁, 不能做到长时间安静。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 时常诉说有头痛、肚子痛、不舒服等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 能与其他孩子分享东西(零食·玩具·铅笔等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 经常冲动恼火, 乱发脾气。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 喜欢一个人独处, 一个人玩耍的时候比较多。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 顺从老实, 基本上很听大人的话。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 心事重重, 总是很不安的样子。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 有人伤心痛苦、心情沮丧、或心情不好的时候, 会积极主动地去关心帮助他人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 总是坐立不安, 忸忸怩怩的样子。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 至少有一个要好的朋友。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 经常与其他孩子打架, 欺负其他小孩。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 经常情绪低落沉闷, 时常看到哭泣或眼中含泪。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 基本上受到其他孩子的喜欢。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 很容易精力分散, 注意力不能集中。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 遇到新异事物的时候, 马上变得不安, 喜欢依赖别人, 没有自信心。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 对比自己年龄小的孩子热心亲切。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 经常和大人顶嘴。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 时常受到其他孩子欺负, 或者被取笑嘲弄。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 经常主动前去帮助他人(父母·老师·其他孩子们等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 能做到冷静三思而后行。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 对他人常刁难, 为难人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 看起来, 跟大人在一起比跟其他孩子在一起更容易相处。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 胆小, 很容易害怕。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 做事情能坚持到底善始善终, 有集中力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

所有问题到此结束。请装入回信用信封并尽快邮寄给我们。

〔咨询方法〕

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



县民健康管理调查



福島県・福島県立医科大学