

②

全ての方に返送をお願いします  
締め切り：2023年6月末日

秘

健康実態調査  
調査票

2023年4月

厚生労働省

□□-□□-□□□□

## 調査の説明

○ 本調査票の、「同意書」「回答欄」及び、同封の「③口座振込依頼書」にご記入いただき、6月末までに、自治体まで郵便でご返送ください。

※ 身体の都合などにより、ご自分では記入できない場合には、ご家族又は成年後見人に代理でご記入いただくことができます。

また、施設に入所している場合などは、その施設の職員の方などに記入を助けていただくこともできます（その場合は、施設の職員の方は、ご本人、ご家族又は成年後見人に、記入する内容を確認してください）。

※ ご自分や代理の方が記入することが難しいなどの理由で、調査員による聞き取りを希望される場合には、同封している「④聞き取り希望連絡票」をご返送いただくか、自治体の連絡先にご相談ください。

○ この調査について、ご不明な点等があるときは、別に同封しております自治体の連絡先までご連絡ください。

○ この調査につきまして、次の点をどうぞご理解ください。

### 1. 本調査の結果は治療法開発を含む医学的研究のみに利用されます。

本調査は、研究の推進や、皆様方お一人お一人の今後の治療や健康管理のお役に立てていただくよう、医学的研究として有効に活用いたします。

### 2. 調査に際して、個人情報十分に保護されます。

回答いただいた内容は、厚生労働省及び厚生労働科学研究費補助金による油症に関する研究班で分析を行うこととしています。また、調査結果の公表にあたっては、個人を特定できない形で行います。

また、回答いただいた内容は、個人情報に関連する法律や規程にしたがって保存・管理し、情報が流出することのないようその取扱いには十分に配慮いたします。

3. 同意書で表明した調査協力についての判断は自由意思に基づくものであり、返送後に撤回することもできます。

本調査に協力するかどうかはあなた様の御判断によりますが、回答いただける場合は、同封する「同意書」及び「調査票」に必要事項を記載してください。なお、回答できない項目については、記載いただかなくて結構ですし、返送いただいた後で、途中でお気持ちが変わられた場合には、いつでも同意を取り下げることが可能です（「同意の撤回」といいます。）ので、自治体の連絡先まで御連絡ください。返送後に同意を撤回した場合には、回答いただいた内容を破棄します。

ただし、既に調査票の集計が終了していた場合には、集計データを破棄できない場合があります。

また、健康調査支援金として、19万円をお支払いいたしますが、これは本調査に協力いただいたことに対するものであり、本調査以外の調査等への協力を強制するものではありません。

4. 健康実態調査に協力いただけない場合でも、このことにより不利益を受けることはありません。

仮に調査に協力いただけない場合でも、そのことにより、自治体等からのお知らせなどに関して不利益を被ることはまったくありませんので、ご安心ください。

（厚生労働省における担当）

医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課指導係

電話番号：03-5253-1111（内線2492）

※ 本調査に関する質問等は、別に同封しております自治体の連絡先まで御連絡ください。

# 同意書

厚生労働大臣 殿

私は、健康実態調査の調査票に回答し、かつ、回答内容が厚生労働省及び厚生労働科学研究費補助金による油症に関する研究班で利用されることについて、文書による説明を受け、以下の項目についてその内容を十分理解いたしました。

1. 本調査の結果は治療法開発を含む医学的研究のみに利用されること。
2. 調査に際して、個人情報十分に保護されること。
3. この同意書で表明した調査協力についての判断は自由意思に基づくものであり、その判断は撤回可能であること。※
4. 研究協力の意思を途中で撤回しても、このことによって自治体からのお知らせ等今後の支援について不利益は受けないこと。

※ 調査票の集計が終了していた場合は、集計データを破棄できない場合がある。

その上で、調査に協力するか否か、以下のように判断いたします。

本調査に協力することに、

1. 同意します。
2. 同意しません。



いずれかに○を付けてください。

年 月 日

(ご本人署名) 氏名

ご本人による判断が困難な場合

(代諾者署名) 氏名

# 回 答 欄

●ご本人について記入してください。

(1) 氏名等をご記入ください。

フリガナ				性別	男性・女性
氏名	(姓)	(名)	(旧姓)		
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日 (現在： 歳)
身長	cm	体重	Kg		
お住まいの住所	郵便番号：〒 -				
	都道府県		市区町村		
電話番号	(固定電話)			(携帯電話)	
FAX番号					
メールアドレス	@				

(2) この調査にご記入いただくのはご本人ですか？

1. はい      2. いいえ

2. いいえ と答えた方（本調査票の記入者がご本人でない場合）は、以下をご記入ください。

フリガナ

記入者名： \_\_\_\_\_ (ご本人との関係： \_\_\_\_\_)

① ご本人が記入できなかった理由について教えてください。

[ \_\_\_\_\_ ]

② 記入に際し、ご本人の情報などをどのように確認したか教えてください。

以下のいずれかに○をつけてください。

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 本人に直接会って聞き取った | 4. 家族に電話で聞き取った     |
| 2. 本人に電話で聞き取った   | 5. 自分が知っている範囲で記入した |
| 3. 家族に直接会って聞き取った | 6. その他 ( _____ )   |

- (3) 今後、ご記入いただいた内容の確認などのために、電話・携帯電話・FAX・電子メール・郵送で直接連絡を取らせていただくことがあります。  
 連絡してよい連絡先と連絡方法を以下にご記入してください。

<b>連絡してよい連絡先</b>			
↳ どちらかに○をしてください			
宛先		①本人の連絡先へ直接連絡を希望します。	
※①又は②に○を付けてください。		②本人以外の以下の連絡先へ連絡を希望します。	
①の場合は、連絡方法に特にご希望がありましたらご記入ください。（例：携帯電話以外は不可）			
②の場合は、以下の欄に希望される連絡先を記入してください。（複数記入可）			
氏名		(フリガナ)	ご本人との関係
郵送	郵便番号	〒	
	住所		
固定電話番号			
携帯電話番号			
FAX番号			
電子メールアドレス		@	
※連絡してよい連絡先のみご記入ください。			

## 問1 生活習慣について

(1) 1日平均どのくらい歩きますか？（農作業・家事など日常動作を含めます）

該当するもの一つに○。

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 90分以上       | 3. 30分以上～60分未満 |
| 2. 60分以上～90分未満 | 4. 30分未満       |

(2) 運動（スポーツ）をどのくらいしますか？（ウォーキング、ジョギング、体操も含めます）

該当するもの一つに○。

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. ほぼ毎日    | 4. 月1回程度     |
| 2. 週2～4回程度 | 5. ほとんどしていない |
| 3. 週1回程度   |              |

(3) お酒をどのくらい飲みますか？ 該当するもの一つに○。

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日    | 4. 月1～3回程度  |
| 2. 週3～5回程度 | 5. 年1～10回程度 |
| 3. 週1～2回程度 | 6. 飲まない     |

(4) (3) で 飲む と答えた方におうかがいします。

1日に飲む量を教えてください。（太枠の中に数字（本数）を記入してください。）

⇒ ビール大びんに換算して※1  本くらい

※1 換算方法

	ビール大びん
ビール小びん1本	0.5本
ビール中びん1本	0.8本
日本酒1合（180ml）	1本
ウイスキーダブル1杯	1本
焼酎の水割り（お湯割り）1.5杯	1本

(5) タバコをどのくらい吸いますか？（1または2の場合は、太枠の中に数字を記入してください。）

該当するもの一つに○。

- |             |   |   |
|-------------|---|---|
| 1. 吸う       | ⇒ | 約 <input type="text"/> 年間、1日に約 <input type="text"/> 本吸っている                              |
| 2. やめた      | ⇒ | 約 <input type="text"/> 年間、1日に約 <input type="text"/> 本吸っていたが、 <input type="text"/> 年前やめた |
| 3. 吸ったことがない |   |   |

(6) 1日の労働時間はどのくらいですか？（家事なども含みます）該当するもの一つに○。

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 10時間以上       | 5. 6時間以上～7時間未満 |
| 2. 9時間以上～10時間未満 | 6. 5時間以上～6時間未満 |
| 3. 8時間以上～9時間未満  | 7. 4時間以上～5時間未満 |
| 4. 7時間以上～8時間未満  | 8. 4時間未満       |

(7) 1日平均どれくらいの量の野菜類を食べますか？（最近1ヶ月間の食事を思い出して回答して下さい）該当するもの一つに○。

1. 70g未満（1つ未満）	4. 210g以上280g未満（3～4つ）
2. 70g以上140g未満（1～2つ）	5. 280g以上350g未満（4～5つ）
3. 140g以上210g未満（2～3つ）	6. 350g以上（5つ以上）

1つ分 = (約70g)

(8) 1日平均どれくらいの量の果物類を食べますか？（最近1ヶ月間の食事を思い出して回答して下さい）該当するもの一つに○。

1. 50g未満	3. 100g以上150g未満
2. 50g以上100g未満	4. 150g以上

1つ分 = (約100g)

(9) 効果があると思われるサプリメント、健康食品がありますか？ 該当するもの一つに○。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(10) (9)で 1. ある と答えた方におうかがいします。

効果があると思われるサプリメント、健康食品の名称と摂取の効果を教えてください。

例.	名称：	鉄分サプリメント	効果：	ひんけつ 貧血改善
1.	名称：		効果：	
2.	名称：		効果：	
3.	名称：		効果：	
4.	名称：		効果：	
5.	名称：		効果：	



(11) 現在もしくは以前に漢方薬を使用したことはありますか？ 該当するもの一つに○。

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1. 現在、定期的に内服中     | 3. 以前は内服していたが現在は使っていない |
| 2. 症状があるときに使用している | 4. 使ったことがない            |

(12) (11)で 3. 以前は内服していたが現在は使っていない 又は 4. 使ったことがない と答えた方におうかがいします。

◆漢方薬を使用していない理由は何ですか？  
(あてはまるものすべてに○を付けてください。)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 効果がなかった                          |
| 2. 漢方薬が効くのか分からない                    |
| 3. 現在の薬だけで充分である(もうこれ以上は薬は飲みたくない)    |
| 4. 飲みにくかった(飲みにくそう)                  |
| 5. 効果が出るまで時間がかかりそう                  |
| 6. 高価で続けられなかった又は続けられないと思う           |
| 7. どこで相談したら良いか分からない                 |
| 8. 主治医が専門外だと処方してくれない、専門の先生を紹介してくれない |
| 9. 白湯に溶かして飲んだり煎じて飲むことが面倒だと感じる       |
| 10. 体質に合わなかった(体調が悪化した、副作用が出たなど)     |
| 11. 症状がないので特に飲む必要がない                |
| 12. その他( )                          |

(13) 油症患者さんの症状に対して漢方薬治療が有効であるという研究結果が出ていることをご存じですか？ 該当するもの一つに○。

- |            |                     |         |
|------------|---------------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 聞いたことはあるが内容は知らない | 3. 知らない |
|------------|---------------------|---------|

(14) 漢方治療に関する情報を知りたいと思いますか？ 該当するもの一つに○。

- |                    |            |
|--------------------|------------|
| 1. ぜひ、知りたい(興味あり)   | 3. どちらでもない |
| 2. ぜひ、知りたい(少し興味あり) | 4. 必要ない    |

## 問2 健康・悩み・ストレス・睡眠について

(1) あなたは現在、日常生活で悩みやストレスがありますか？ 該当するもの一つに○

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(2) 1. ある と答えた方におうかがいします。

悩みやストレスの原因としてあてはまるものすべてに○を付けてください。  
その中で最も気になる原因の番号を一つだけ太枠の中に記入してください。

- |                       |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1. 家族との人間関係           | 12. 妊娠・出産                         |
| 2. 家族以外との人間関係         | 13. 育児                            |
| 3. 恋愛・性に関すること         | 14. 家事                            |
| 4. 結婚                 | 15. 自分の学業・受験・進学                   |
| 5. 離婚                 | 16. 子どもの教育                        |
| 6. いじめ, セクシュアル・ハラスメント | 17. 自分の仕事                         |
| 7. 生きがいに関すること         | 18. 家族の仕事                         |
| 8. 自由にできる時間がない        | 19. 住まいや生活環境<br>(公害, 安全及び交通事情を含む) |
| 9. 収入・家計・借金等          |                                   |
| 10. 自分の健康状態、病気や介護     | 20. その他 (                     )   |
| 11. 家族の健康状態、病気や介護     | 21. わからない                         |

⇒ 最も気になる原因は 1～21 のうち

※番号を一つだけ記入

(3) 睡眠時間はどのくらいですか？ 該当するもの一つに○。

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 9時間以上       | 4. 6時間以上～7時間未満 |
| 2. 8時間以上～9時間未満 | 5. 5時間以上～6時間未満 |
| 3. 7時間以上～8時間未満 | 6. 5時間未満       |

(4) 睡眠の質についておたずねします。あなたはこの一ヶ月間に、次のようなことが週3回以上ありましたか？

あてはまるものすべてに○を付けてください。

ただし、7. を選択する場合は7のみに○を付けてください。

1. 寝付き（布団に入ってから眠るまでに要する時間）に、時間がかかった。
2. 夜間、睡眠途中で目が覚めて困った。
3. 起きようとする時刻よりも早く目が覚め、それ以上眠れなかった。
4. 睡眠時間が足りなかった。
5. 睡眠全体の質に満足できなかった。
6. 日中、眠気を感じた。
7. 上記1～6のようなことはなかった。

(5) 座っているとき、または横になっている間に脚に不快な感じ、または感覚がありますか？  
またはこれまでにありましたか？ 該当するもの一つに○。

1. はい

2. いいえ

(6) 座っているとき、または横になっている間に脚を動かす必要性、または動かしたい衝動がありますか？または、これまでにありましたか？ 該当するもの一つに○。

1. はい

2. いいえ

(7) (5) あるいは (6) のいずれか1つにでも 1. はい と回答された方にうかがいます。

◆休んでいるとき（座っているとき、または横になっているとき）と、体を動かしているときのどちらでこのように感じやすいですか？（該当するもの一つに○。）

1. 休んでいるとき

3. 両方

2. 体を動かしているとき

4. わからない

◆このような感じがするときに起き上がったり、動き回ったりすると、実際に動き続けているあいだは、その感じはいくらかでも軽くなりますか？（該当するもの一つに○。）

1. はい

2. いいえ

3. わからない

◆脚のこの感じは1日のうちのどの時間帯でもっとも起こりやすいですか？

（一つ以上に○を付けてください。ただし、6. を選択する場合は6のみに○を付けてください。）

1. 朝

4. 夕方

2. 日中

5. 夜

3. 午後

6. すべての時間帯でほぼ同じ

**問3 介護や日常生活動作の状況について**

介護認定を受けていない方や介護を必要としていない方も回答してください。

(1) あなたは病院や診療所に入院、または介護施設に入所中ですか？ 該当するもの一つに○。

1. はい          2. いいえ

(2) 現在要介護認定を受けていますか？ 該当するもの一つに○。

1. はい          2. いいえ (⇒ (4) (13ページ)にお進みください。)

(3) 1. はい と答えた方におうかがいします。2. いいえ と答えた方は(4)にお進みください。

◆現在の要介護度の状況をおしえてください。該当するもの一つに○。

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. 要支援 1 | 5. 要介護 3 |
| 2. 要支援 2 | 6. 要介護 4 |
| 3. 要介護 1 | 7. 要介護 5 |
| 4. 要介護 2 |          |

◆現在利用している介護保険サービスについて、あてはまるものすべてに○を付けてください。

- |                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| 1. ホームヘルパーの訪問介護・訪問看護 | 6. グループホームへの入所                 |
| 2. 通所介護（デイサービス）      | 7. 特別養護老人ホームへの入所               |
| 3. 通所リハビリテーション       | 8. 介護老人保健施設への入所                |
| 4. 短期入所生活介護（ショートステイ） | 9. その他（                      ） |
| 5. 有料老人ホームへの入所       | 10. 利用していない                    |

◆介護が必要となった原因としてあてはまるものの番号すべてに○を付けてください。

その中で主な原因と思われる番号を一つだけ表の下の太枠の中に記入してください。

1	のうけっかん 脳血管 しっかん 疾患	のうしゅつけつ のう 脳出血、脳こうそく、 まくかしゅつけつ のうそっちゅう くも膜下出血、脳卒中、 その他の脳血管疾患及 びその後遺症など
2	しんぞうしっかん 心臓疾患	きょうしんしょうしんきん 狭心症、心筋こうそく、 ふせいみやく しんきんえん 不整脈、心筋炎、 その他の心臓疾患
3	がん	すべての部位の悪性新生物（白血病を含む）及び肉腫
4	こきゅうきしっかん 呼吸器疾患	はいきしゅ はいえん きかんしえん きょうまくしっかん 肺気腫、肺炎、気管支炎、胸膜疾患など
5	かんせつしっかん 関節疾患	かんせつ かんせつえん 関節リウマチ、関節炎、 関節の変形、腰痛症
6	にんちしょう 認知症	アルツハイマー病など
7	とうようびょう 糖尿病	糖尿病及び糖尿病性腎症、 じんしょう 糖尿病性網膜症などの合併症
8	パーキンソン びょう 病	あんせいじしんせん ほこうしょうがい はぐるませいこしゆく かめんようがんぼう 安静時振戦、歩行障害、 歯車性固縮、仮面様顔貌 など
9	しかく ちょうか 視覚・聴覚障 くしょうがい 害	りよくないしょうもうまく なんちょう 緑内障、網膜はくり、難聴など
10	こっせつ てんとう 骨折・転倒	屋内外を問わず、何らかの原因で骨折または転倒したもの
11	せきずいそんしょう 脊髄損傷	脊髄の機能が傷害されたもの
12	高齢による 衰弱	特にこれといった病気と診断されていないものの、 老いて体の機能が衰弱したもの
13	その他（	）
14	わからない	

⇒主な原因は1～14のうち

※番号を一つだけ記入

- (4) 以下の動作について、1～3のいずれか該当するもの一つに○を付けてください。  
(介護認定を受けていない方も回答してください。)  
※なお、普段行っていない動作については行うことを想定してご記入下さい。

**洗顔**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

こうくうせいしき

**口腔清拭（はみがきなど）**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**身体の清拭（体をぬぐう）**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**洗髪**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**着替え**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**入浴**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**体位交換・起居（寝返りや体を起こすなど）**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**排泄（トイレなど）**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

**食事の準備・後始末（調理を含む）**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 食事

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 服薬（薬を飲む）

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 散歩

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 掃除

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 洗濯

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 買い物

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

## 日常会話

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介助なしに自分ひとりでできる | 3. 介助や支えがあってもできない |
| 2. 介助や支えがあればできる   |                   |

#### 問4 現在の治療状況について

(1) 現在の受診の頻度はどのくらいですか？ 該当するもの一つに○。

※ 現在受診中のすべての疾患を合わせたの受診状況をお答えください。

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| 1. 入院中               | 4. 毎月1～3回程度 |
| 2. 施設入所中で医療的ケアを受けている | 5. 数か月に1回程度 |
| 3. 毎週1回以上            | 6. 受診していない  |

(2) 新型コロナウイルスの影響により、普段の受診の頻度に変化（減少）はありますか？  
該当するもの一つに○。

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. ある | <input type="checkbox"/> 2. ない |
|---|--------------------------------|

(3) (2)で 1. ある と答えた方におうかがいします。

受診頻度に変化（減少）した理由を教えてください。  
(あてはまるものすべてに○をつけてください。)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 病院の診療が制限されていたため           |
| 2. 病院で新型コロナウイルスに感染するかもしれないため |
| 3. 病院に行かなくても、症状が落ち着いているため    |
| 4. なるべく外出はしないように心がけたため       |
| 5. その他 ( )                   |



(4) 現在、医師から処方されているお薬はありますか？ 該当するもの一つに○。

※医師から処方され、服用している漢方薬も含みます。

1. はい                      2. いいえ

(5) (4)で1. はい と答えた方におうかがいします。

現在、医師から処方されているお薬をすべて教えてください。

記載するのが困難な場合は、お薬手帳のコピー（現在処方されているお薬がわかるページ）を次のページに添付してください。

※前回からお変わりがない場合は、「変更なし」とだけ記入してください。

	薬の名前	薬の対象となる病気 ※分からない場合は空欄でも構いません。
例	○ ○ ○ ○	こうけつあつ 高血圧
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

○お薬手帳のコピーの添付欄

※お薬の名前が分かるページだけを貼り付けてください。(表紙等は必要ありません。)

※のり付けする場合は、重ならないようにしてください。

問5 油症患者受療券（受療券）<sup>じゅうりょうけん</sup>※の利用状況について

※ 油症患者受療券（受療券）を、カネミ倉庫株式会社と契約している医療機関で提示すると、窓口での利用者負担の支払を要することなく、油症に関連する医療を受けることができます。  
なお、受療券を使わずに、油症に関連する医療を受けた場合には、支払った自己負担分を、カネミ倉庫株式会社に請求できます。  
また、受療券を持っていない方は、必要な場合は、カネミ倉庫株式会社に改めて交付を請求することもできます。

(1) カネミ倉庫株式会社が発行している受療券を現在持っていますか？ 該当するもの一つに○。

1. はい      2. いいえ (⇒(4)にお進みください。)

(2) (1)で 1. はい と答えた方におうかがいします。

この1年間、受療券を利用せずに受診したことがありますか？ 該当するもの一つに○。

1. はい      2. いいえ

(3) (2)で 1. はい と答えた方におうかがいします。

受療券を利用せずに受診した理由を教えてください。

1. 受療券を利用できない医療機関のため
2. その他 ( )

(4) (1)で 2. いいえ と答えた方におうかがいします。

受療券を持たない理由は何ですか。  
(あてはまるものすべてに○をつけてください。)

1. 利用する予定がないから
2. 手続きがめんどうだから
3. 他の人に油症患者であると知られてしまうと思うから
4. 受療券が利用できる医療機関に限られるから
5. その他 ( )

(5) 受療券の利用ができない医療機関（病院、診療所、歯科、調剤薬局）で、今後新たに利用を希望する医療機関がありますか？ 該当するもの一つに○。

1. はい            2. いいえ

(6) 1. はい と答えた方におうかがいします。

その医療機関の名前、所在地、受診頻度を教えてください。

1.	医療機関名：		
	医療機関住所：	(都道府県名)	(市町村以下)
	受診頻度：	1. 入院中 2. 毎週1回以上 3. 毎月1～3回程度	4. 数ヶ月に1回程度 5. 受診していない
2.	医療機関名：		
	医療機関住所：	(都道府県名)	(市町村以下)
	受診頻度：	1. 入院中 2. 毎週1回以上 3. 毎月1～3回程度	4. 数ヶ月に1回程度 5. 受診していない
3.	医療機関名：		
	医療機関住所：	(都道府県名)	(市町村以下)
	受診頻度：	1. 入院中 2. 毎週1回以上 3. 毎月1～3回程度	4. 数ヶ月に1回程度 5. 受診していない
4.	医療機関名：		
	医療機関住所：	(都道府県名)	(市町村以下)
	受診頻度：	1. 入院中 2. 毎週1回以上 3. 毎月1～3回程度	4. 数ヶ月に1回程度 5. 受診していない

## 問6 油症検診について

(1) あなたは昨年度、油症検診を受診されましたか？ 該当するもの一つに○。

(昨年度の油症検診は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、中止又は一部縮小した形で行いました。)

1. はい      **2. いいえ**

(2) 2. いいえ と答えた方におうかがいします。

どのような理由で受けなかったのですか？あてはまるものすべてに○を付けてください。  
その中で主な原因の番号を一つだけ表の下の太枠の中に記入してください。

1. 知らなかったから (案内が届かなかった)
2. 仕事などで都合がつかなかったから
3. 体調が悪かったから
4. 検診の場所が遠かったから
5. 職場や自治体の検診を受けているため、必要性を感じないから
6. 健康に自信があり、必要性を感じないから
7. その時、医療機関に入通院していたから (介護施設への入所も含む)
8. めんどうだから
9. 新型コロナウイルスの拡大防止のために検診が中止又は一部縮小されていたから
10. 新型コロナウイルスの感染状況を踏まえて受診を控えることとしたから
11. その他 ( )

⇒主な原因は1～11のうち

※番号を一つだけ記入

## 問7 相談体制について

(1) あなたは油症相談員や都道府県の相談窓口で電話や訪問等で相談をしたことがありますか？  
該当するもの一つに○。

1. ある      **2. ない**

(2) 2. ない と答えた方におうかがいします。

今後利用したい、または利用することが考えられる相談内容について教えてください。  
(あてはまるものすべてに○を付けてください。  
ただし、5. を選択する場合は5のみに○を付けてください。)

1. 自分の病気や介護
2. 家族の病気や介護
3. 収入・家計・借金等
4. 家族または家族以外との人間関係
5. 特になし
6. その他 ( )

【 記入上の注意 】

問8についてご記入いただく前に、本調査が初めてかどうかご回答ください。

●本調査に回答するのは、今回が初めてですか？ 該当するもの一つに○。

1. はい      2. いいえ

1. はい と答えた方 ⇒ 問8 (24ページ) にお進み下さい。  
(以下の質問は回答せず、問8、問9をご回答ください。)

2. いいえ と答えた方 ⇒ 以下の質問に回答した後、問9 (36ページ) にお進み下さい。

この一年間（令和5年4月以降または前回回答以降）に新たに罹った病気はありますか？

1. ある      2. ない

「1. ある」を選んだ方はこの1年間(令和5年4月以降または前回回答以降)に新たに罹った病気、現在の治療状況について下の表にご回答ください。  
また、記載するのが困難な場合は、お薬手帳のコピー(新たに罹った病気についてのお薬がわかるページ)を次のページに添付してください。

※「2. ない」を選んだ方は、これより下の表は回答不要です。問9(36ページ)にお進みください。

	病気等の名前（診断名） 及び罹った（診断された）時期	現在の治療状況 (いずれかに○)		
		医療機関 で治療中	医療機関 で治療を へて治癒	治療して いない
例	<small>とうによびよう</small> 糖尿病 令和5年1月	○		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

なお、上の欄に書ききれない場合や特に心配なことがある場合、36ページ（問9）に記入してください。

本調査が初めての方は、回答の必要はありません。

○お薬手帳のコピーの添付欄

※お薬の名前が分かるページを貼り付けてください。（表紙は必要ありません。）

※のり付けする場合は、重ならないようにしてください。

※新たに罹った病気についてのお薬が分かるようにお薬の名前に○をつけてください。

# 【注意】

次ページからの問8は初めて本調査に回答される方のみ記入してください。

24ページから35ページの全ての質問について、過去から現在までに罹った全ての病気等の状況について御回答ください。

※21ページでいいえ（本調査に回答するのは初めてではない）と答えた方は問8は回答せず、36ページの間9にお進みください。



問8 これまでの罹患<sup>りかん</sup>と治療状況について

該当するものに○を付けてください。小児期の病気については、ご両親にお聞きになってください。分からないところは、できればかかり付けの医師・歯科医師の先生に確認してください。

(1) 悪性腫瘍<sup>あくせいしゅよう</sup>（がん）に罹ったことがありますか？

1. ある      2. ない

1. ある と答えた方は、治療の状況をお答え下さい。

例	診断名	いがん
	現在の治療状況	1 入院治療中・外来（通院）治療中 ② がんに対する治療は終了し、定期的な検査のため通院中 3 治療が完了し、通院もしていない 4 その他（ ）
	現在までに医療機関で受けたすべての治療	① 外科手術（胸腔鏡・腹腔鏡手術を含む） ② 内視鏡治療 ③ 薬物療法（抗がん剤・ホルモン剤 など） 4 放射線療法 5 その他（ ）
	1	診断名
1	現在の治療状況	1 入院治療中・外来（通院）治療中 2 がんに対する治療は終了し、定期的な検査のため通院中 3 治療が完了し、通院もしていない 4 その他（ ）
	現在までに医療機関で受けたすべての治療	1 外科手術（胸腔鏡・腹腔鏡手術を含む） 2 内視鏡治療 3 薬物療法（抗がん剤・ホルモン剤 など） 4 放射線療法 5 その他（ ）
2	診断名	
	現在の治療状況	1 入院治療中・外来（通院）治療中 2 がんに対する治療は終了し、定期的な検査のため通院中 3 治療が完了し、通院もしていない 4 その他（ ）
2	現在までに医療機関で受けたすべての治療	1 外科手術（胸腔鏡・腹腔鏡手術を含む） 2 内視鏡治療 3 薬物療法（抗がん剤・ホルモン剤 など） 4 放射線療法 5 その他（ ）

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

3	診断名	
	現在の治療状況	1 入院治療中・外来（通院）治療中 2 がんに対する治療は終了し、定期的な検査のため通院中 3 治療が完了し、通院もしていない 4 その他（ ）
	現在までに医療機関で受けたすべての治療	1 外科手術（胸腔鏡・腹腔鏡手術を含む） 2 内視鏡治療 3 薬物療法（抗がん剤・ホルモン剤 など） 4 放射線療法 5 その他（ ）
4	診断名	
	現在の治療状況	1 入院治療中・外来（通院）治療中 2 がんに対する治療は終了し、定期的な検査のため通院中 3 治療が完了し、通院もしていない 4 その他（ ）
	現在までに医療機関で受けたすべての治療	1 外科手術（胸腔鏡・腹腔鏡手術を含む） 2 内視鏡治療 3 薬物療法（抗がん剤・ホルモン剤 など） 4 放射線療法 5 その他（ ）

(2) 脳・精神・神経の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

のうそちゅう のうしゅけつ まくかしゅけつ ※1 脳卒中・脳出血・くも膜下出血	とうごうしつちようしやう ※4 統合失調症
のうこうそく ※2 脳梗塞	げんかく ※5 幻覚
頭痛	にんちしやう 認知症
ずじゅう 頭重（頭が重い）	もの忘れ
しんけいつう 神経痛	かっとなりやすい・短気 <small>たんき</small>
ちてきしやうがい 知的障害	その他（ ）
そうびやう ※3 躁うつ病	病気・症状はとくにない

- |                   |     |                                       |
|-------------------|-----|---------------------------------------|
| ※1 脳卒中・脳出血・くも膜下出血 | ..  | 脳機能が強く障害され、突然に意識障害や失語などの症状が起こる        |
| ※2 脳梗塞            | ... | 脳の血管が閉塞して精神機能に障害が出る。急性で激烈なものは脳卒中と呼ばれる |
| ※3 躁うつ病           | ... | 気分の上がり下がりが過剰で日常生活に支障をきたす。またそれを繰り返す    |
| ※4 統合失調症          | ... | 幻覚や妄想があり、自分の考えや気持ちがまとめられない状態が長く続く     |
| ※5 幻覚             | ... | ないものがあるように見えたり、聞こえたりする                |

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(3) 自律神経系の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

きりつせいていけつあつ ※1 起立性低血圧	ふあんしんけいしょう ※4 不安神経症
かびんせいちょうしょうこうぐん ※2 過敏性腸症候群	じりつしんけいしつちょうしょう ※5 自律神経失調症
たかんしょう ※3 多汗症	その他 ( )
汗が出にくい	病気・症状はとくにない
ふみん 不眠	
<p>※1 起立性低血圧… 急に立ち上がったときにめまいや失神が起こる</p> <p>※2 過敏性腸症候群… 腸の検査で明らかな異常が認めないが、腹痛や腹部の不快感、便秘や下痢が長く続く</p> <p>※3 多汗症… 日常生活に支障をきたす発汗</p> <p>※4 不安神経症… 不安が強すぎて日常生活に支障をきたす</p> <p>※5 自律神経失調症… いろいろな自覚症状があるのに検査では異常がみつからない</p>	

(4) 眼の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

がんしかた 眼脂過多 (めやにが多い)	えんし 遠視
けんぼんせん 瞼板腺(まつげの根元)からのチーズ様 うぶんびつぷつ 分泌物	らんし 乱視
けつまくしろめ しきそちんちやく 結膜(白目)の色素沈着	じゃくし 弱視
はくないしょう 白内障	その他 ( )
りよくないしょう 緑内障	病気・症状はとくにない
きんし 近視	

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(5) 口の中の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

しにく しきそちんちやくはぐき 歯肉の色素沈着（歯茎が黒い）	こうないえん 口内炎になりやすい
しがけいせいふぜん 歯牙形成不全（子どもの時に歯が生えなかった）	むしば 虫歯になりやすい
ししゅうびょう しそうのうろう 歯周病（歯槽膿漏）	ちかくかびん 歯の知覚過敏（歯がしみる）
しにくえん 歯肉炎（歯ぐきの病気）	えいきゅうしぜんし 永久歯（全歯）を早期に失った
がくかんせつしょう 顎関節症（あごの関節の異常）	その他（ ）
みかくいじょう 味覚異常	病気・症状はとくにない

(6) 耳・鼻の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

メニエール病※1	ちくのうしょう 蓄膿症
めまい	鼻血がよく出る
ちゅうじえん 中耳炎	鼻血が止まりにくい
しんじゆしゆせいちゅうじえん※2 真珠腫性中耳炎	その他（ ）
びえん 鼻炎を起こしやすい	病気・症状はとくにない
なんちょう 難聴	

※1 メニエール病… 回転性めまい、耳鳴り、難聴などの症状を繰り返す

※2 真珠腫性中耳炎… 中耳炎を繰り返すうちに起こり、症状は難聴、耳だれ、痛みなど

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(7) 甲状腺の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

こうじょうせんしゅ ※1 甲状腺腫	こうじょうせんきのうていか ※4 甲状腺機能低下
まんせいこうじょうせんえん ※2 慢性甲状腺炎	その他 ( )
バセドウ病 ※3	病気・症状はとくにない

※1 甲状腺腫… 甲状腺がはれる

※2 慢性甲状腺炎… 甲状腺の組織に慢性の炎症が起きる

※3 バセドウ病… 甲状腺ホルモンが過剰に分泌される

※4 甲状腺機能低下… 甲状腺ホルモンの合成及び分泌が低下した状態

(8) のど・気管支・肺の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

はいせんいしょう ※1 肺線維症 (慢性間質性肺炎)	息切れ
むきはい ※2 無気肺	風邪を引きやすい
はいすいしゅ ※3 肺水腫	風邪が治りにくい
はいえん 肺炎	せき
まんせいきかんしえん 慢性気管支炎	たん
させい 嚙声 (声がかれる)	その他 ( )
こきゅうこんなん 呼吸困難	病気・症状はとくにない
しーおーびーでーい ※4 COPD (慢性閉塞性肺疾患、肺気腫)	

※1 肺線維症… 肺が硬くなる

※2 無気肺… 肺がふくらまない (つぶれる)、肺に空気が入らない

※3 肺水腫… 肺内に液体成分がたまる

※4 COPD… 長年のタバコ等で息切れが強くなる

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(9) 心臓の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

しんきんこうそく ※1 心筋梗塞	ひんみやく 頻脈（心拍数が増加している状態）
きょうしんしょう ※2 狭心症	どうき 動悸（異常にドキドキする）
しんふぜん ※3 心不全	その他（ ）
しんひだい 心肥大	病気・症状はとくにない
ふせいみやく 不整脈（脈がとぶ）	

- ※1 心筋梗塞… 心臓の血管が完全に詰まった状態で、胸が痛い  
 ※2 狭心症… 心臓の血管が狭くなり、胸が痛くなる  
 ※3 心不全… 心臓が弱った状態で息切れ、足のむくみがある

心臓の病気で治療中（○）と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. 注射薬    |
| 2. 内服薬         | 4. その他（ ） |

(10) 高血圧や血管の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

こうけつあつ 高血圧	じょうみやくえん 静脈炎
ていけつあつ 低血圧	じょうみやくりゅう 静脈瘤
どうみやくこうか 動脈硬化	その他（ ）
どうみやくりゅう ※1 動脈瘤	病気・症状はとくにない

- ※1 動脈瘤… 動脈の一部が「瘤」＝「こぶ」のように膨らんだ状態

高血圧で治療中（○）と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. その他（ ） |
| 2. 内服薬         |           |

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(11) 肝臓・胆のう・<sup>ひぞう</sup>脾臓の病気・症状について、罹ったことがあるものに

以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

びーがたかんえん B型肝炎	おうだん 黄疸
しーがたかんえん C型肝炎	ひしゅ 脾腫（脾臓がはれる）
かんきのうしょうがい 肝機能障害	その他（ ）
たんえん 胆のう炎	病気・症状はとくにない
たんせきしょう 胆石症	

(12) すい臓の病気・症状について、罹ったことがあるものに

以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

すいえん すい炎	その他（ ）
とうようびょう 糖尿病	病気・症状はとくにない

糖尿病で治療中（○）と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. インスリン  |
| 2. 内服薬         | 4. その他（ ） |

(13) 腎臓・膀胱の病気・症状について、罹ったことがあるものに

以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

じんえん 腎炎	けつによ 血尿
ぼうこうえん 膀胱炎	たんぱくによ 蛋白尿
じんけっせき 腎結石	その他（ ）
にょうかんけっせき 尿管結石	病気・症状はとくにない
ぼうこうけっせき 膀胱結石	

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(14) 食道・胃・腸・肛門の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

だいちょう 大腸ポリープ	ふくぶぼうまんかん 腹部膨満感（おなかが張る）
まんせいえん 慢性胃炎	じしつ 痔疾（ぢ）
いかいよう 胃潰瘍	ふくつう 腹痛
じゅうにしちようかいよう 十二指腸潰瘍	ぎゃくりゆうせいしよくどうえん 逆流性食道炎
げり 下痢	その他（ ）
べんぴ 便秘	病気・症状はとくにない

(15) 血液・リンパの病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

ししつじょうしょう こうしけつしょう※ 脂質異常症（高脂血症）※	その他（ ）
ひんけつ 貧血	病気・症状はとくにない
せつ しゅだい リンパ節の腫大（リンパの腫れ）	

※ 脂質異常症… 血液中の中性脂肪やコレステロールの値の上昇

脂質異常症（高脂血症）で治療中（○）と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. その他（ ） |
| 2. 内服薬         |           |

(16) 男性のみ  
ご回答ください。

前立腺・男性機能に関する病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

ぜんりつせんひだい 前立腺肥大	その他（ ）
だんせいふにん 男性不妊（子供ができない）	病気・症状はとくにない
インポテンツ	



本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(17) 女性のみ  
ご回答ください。

子宮・卵巣・婦人科系の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

しきゅうないまくしょう 子宮内膜症	げっけいふじゆん 月経不順
しきゅうきんしゆ 子宮筋腫	か たげっけい 過多月経（月経が多い）
らんそう しゆ 卵巣のう腫	かしょうげっけい 過少月経（月経が少ない）
げっけいこんなんしょう せいりつう 月経困難症（生理痛）	その他（ ）
ふせいしゅっけつ 不正出血	病気・症状はとくにない

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(18) 女性のみ  
ご回答ください。

月経・妊娠・出産に関することについて、おしえてください。

初経 1. あり  歳 2. なし

閉経 1. あり  歳 2. なし

不妊症 1. あり 2. なし

妊娠回数  回

	妊娠中の異常					出産について							新生児の異常								
	ア とく になし	イ 切迫 流産	ウ 切迫 早産	エ 妊 娠 中 毒 症※ 1	オ そ の 他	カ 正 常 分 娩	キ 帝 王 切 開	ク 早 産	ケ 死 産	コ 自 然 流 産	サ 人 工 流 産	シ 出 産 時 の 出 血 量※ 2	ス そ の 他	イ 入 し て く だ さ い	入 産 時 の 期 を 記 す	選 択 し た 方 を 記 す	力 ・ キ ・ ク を 記 す	セ と く に な し	ソ 低 出 生 体 重 児	タ 先 天 異 常	チ 奇 形
記入例	①	1	1	1	1	①	1	1	1	1	1	①	1	昭和・平成 58年12月	①	1	1	1	1	1	1
1回目の妊娠	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	昭和・平成 年 月	1	1	1	1	1	1	1
2回目の妊娠	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	昭和・平成 年 月	2	2	2	2	2	2	2
3回目の妊娠	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	昭和・平成 年 月	3	3	3	3	3	3	3
4回目の妊娠	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	昭和・平成 年 月	4	4	4	4	4	4	4
5回目の妊娠	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	昭和・平成 年 月	5	5	5	5	5	5	5
6回目の妊娠	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	昭和・平成 年 月	6	6	6	6	6	6	6
7回目の妊娠	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	昭和・平成 年 月	7	7	7	7	7	7	7

※1 妊娠中毒症… 現在では妊娠高血圧症候群に名称の変更がなされている  
 ※2 出産時の出血量… 母子健康手帳の出産の状態の記録を参考にご記入下さい

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(19) 骨・関節の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。  
 医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

こっせつ 骨折	ガングリオン※
ついかんばん 椎間板ヘルニア	こつづう 骨痛（骨がうずくような痛み）
こつそ 骨粗しょう症	肩こり
骨の変形	ようつう 腰痛
つうふう 痛風	その他（ ）
かんせつづう 関節痛	病気・症状はとくにない

※ ガングリオン… 関節の周辺に生じるこぶ。こぶの中にゼリー状の液体が詰まっている

骨粗しょう症で治療中（○）と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. 注射薬    |
| 2. 内服薬         | 4. その他（ ） |

(20) 皮膚・爪の病気・症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。  
 医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治癒…◎ 治療していない…△

そう ざ瘡（にきび）	ひふ そうよう 皮膚の掻痒（かゆみ）
もうこう かいだい めんほう 毛孔の開大・面皰（毛穴が広がる、黒にきび）	かんそうはだ 乾燥肌（さめ肌）
しきそちんちやく 色素沈着（肌が黒くなる）	だつもう 脱毛
爪の変形	はくはん 白斑
ふんりゅう 粉瘤（皮膚のふくろ）	しはん ないしゅっけつ 紫斑（内出血）
ねんえきのうしゅ 粘液嚢腫（関節のふくろ）	その他（ ）
しょうせきのうほうしょう ※ 掌蹠膿疱症	病気・症状はとくにない
しっしん 湿疹がしやすい	

※ 掌蹠膿疱症… 手のひら（手掌）や足の裏（足蹠）に膿（うみ、膿疱）がたまる病気

湿疹がしやすいと回答された方にお伺いします。

特にしやすい場所を教えてください。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 関節の裏（ひじ、ひざ） | 3. 体軀（胸、背中、腹、腰） |
| 2. 顔面          | 4. その他（ ）       |

本調査に回答したことがある方は、回答の必要はありません。

(21) アレルギー疾患について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

アトピー性皮膚炎	食物アレルギー
アレルギー性鼻炎	薬物アレルギー
花粉症	その他 ( )
ぜんそく 喘息	病気・症状はとくにない
じんましん 蕁麻疹	

(22) 膠原病こうげんびょうについて、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

関節リウマチ	シェーグレン症候群
ぜんしんせい 全身性エリテマトーデス (SLE)	ベーチェット病
きょうひしやう 強皮症	その他 ( )
ひふきんえん 皮膚筋炎	病気・症状はとくにない

膠原病こうげんびょうで治療中 (○) と回答された方にお伺いします。

現在の治療内容を教えてください。

- |                |            |
|----------------|------------|
| 1. 食事または運動療法のみ | 3. 注射薬     |
| 2. 内服薬         | 4. その他 ( ) |

(23) その他の症状について、罹ったことがあるものに以下の記号を記入してください。

医療機関で治療中…○ 医療機関での治療をへて治療…◎ 治療していない…△

ぜんしんけんたいかん 全身倦怠感 (体がだるい)	日光に当たると顔が腫れたり湿疹 <small>しっしん</small> ができたりする
手足のしびれ	指が腫れる <small>は</small>
体がつる	全身に痛みがある
のどがつる	てあし いた 手足に痛みがある
筋肉の痛み	その他 ( )
体がむくむ	病気・症状はとくにない

問8は以上で終了です。次のページの間9にお進みください。

**問9 その他のことについて**

これまでの症状や病気について、書ききれなかったことや、特に心配なこと、研究してもらいたいこと、ご要望などを、自由に記入してください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。