

平成17-27年度 原子爆弾被爆者実態調査

調査票（国内用）（案）

平成17-27年11月1日（火日）現在

【記入上の注意】

- 黒または青のボールペンまたはインクを用いて、はっきり記入してください。
- 番号を選ぶ質問については、当てはまる番号を○で囲んでください。
- 文字を記入する場合は、かい書で、数字を記入する場合は、1. 2. 3. . . . のように算用数字を用いて、ていねいに記入してください。
- この調査票は、統計以外の目的には使用しませんから、ありのままを記入してください。
- ご自分で記入できない方は、ご家族などに手伝ってもらって記入してください。なお、その場合は、あなたからみた記入者の続柄について当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

| | | | |
|-------|-----|--------|----------|
| 1 配偶者 | 2 子 | 3 兄弟姉妹 | 4 その他() |
|-------|-----|--------|----------|

【被爆者健康手帳を見て記入してください。】

| | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------|--|-------------|----------------|---|---|----|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | | | | | |

| | |
|--------------|------------|
| 居住地 (現在地) | |
| | 電話番号 () - |

質問1 あなたは、広島、長崎のどちらで被爆しましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

| | |
|------|------|
| 1 広島 | 2 長崎 |
|------|------|

【被爆者健康手帳を見て記入してください。】

質問2 あなたは、被爆者健康手帳の「法第1条による区分」の欄で第何号になっていますか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 第1号」を○で囲んだ場合には、被爆した距離について、1～6のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

| | |
|-------|--|
| 1 第1号 | 問1 あなたは、爆心地から何キロメートルの場所で被爆しましたか。(被爆者健康手帳の「被爆の場所」の欄を参考にしてください。) |
| 2 第2号 | |
| 3 第3号 | |
| 4 第4号 | |

| | | | |
|---|---------------|---|---------------|
| 1 | 0.0～0.5キロメートル | 5 | 2.1～2.5キロメートル |
| 2 | 0.6～1.0キロメートル | 6 | 2.6～3.0キロメートル |
| 3 | 1.1～1.5キロメートル | 7 | 3.1～3.5キロメートル |
| 4 | 1.6～2.0キロメートル | 8 | 3.6キロメートル以上 |

質問3 あなたは、現在どんな住居に住んでいますか。1～5のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

| |
|-----------------------|
| 1 持ち家 |
| 2 民間賃貸住宅 |
| 3 公営・公団・公社の賃貸住宅または社宅等 |
| 4 老人ホーム（原爆養護ホームを含む。） |
| 5 借間・その他 |

質問 4 あなたの世帯には、あなたを含めて何人の世帯員が同居されていますか。

また、その世帯員について、あなたとの続柄を教えてください。
当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

世帯員数
(あなたを含めた)

人

| | | | | | |
|----|-------|------|--------|------|--------|
| 01 | 配偶者 | 0506 | 孫の配偶者 | 0910 | 兄弟姉妹 |
| 02 | 子 | 0607 | 父母 | 1011 | その他の親族 |
| 03 | 子の配偶者 | 0708 | 配偶者の父母 | 1112 | その他 |
| 04 | 孫 | 0809 | 祖父母 | | |
| 05 | ひ孫 | | | | |

(注)「世帯」とは、平成17年11月1日現在、同じ住居に住んでおり、かつ、生計を共にしている人々の集まりとします。

同じ住居に住んでいても、あなたとは別に独立の生計を維持している場合は、別の世帯になります。

質問 5 あなたの世帯に、あなた以外に被爆者健康手帳の交付を受けている方がいましたら、この調査票の最初の頁と同様に、その方の被爆者健康手帳番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | | |

質問 6 あなたは、平成十七年10月中に収入を伴う仕事をしましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 した」を○で囲んだ場合には、1～3のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

| | | |
|---------|---|---------------------------------|
| 1 した | → | 1 自営業主として仕事をした (自営業の手伝いを含む。) |
| 2 しなかった | | 2 常雇者として仕事をした |
| | | 3 臨時的な仕事をした |

- (注 1) 自営業主とは、商店主、工場主、農業主など一定の店舗、工場、事務所などにおいて、事業を行っている者をいいます。
- (注 2) 常雇者とは、雇用契約期間が1年を超える者または雇用契約期間に定めのない者(役員を含みます。なお、正社員・パートなどの形態は問いません。)をいいます。
- (注 3) 臨時的な仕事とは、雇用契約期間が1年以内のものや内職などをいいます。

質問 7 あなたの世帯の世帯員全員の平成十六年26年の税込み所得額(総収入額)の合計はどのくらいですか。

1～5のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

| | |
|---|------------------|
| 1 | 100万円未満 |
| 2 | 100万円以上300万円未満 |
| 3 | 300万円以上500万円未満 |
| 4 | 500万円以上1,000万円未満 |
| 5 | 1,000万円以上 |

質問 8 あなたは、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による手当を平成十七年10月現在受けていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 受けている」を○で囲んだ場合には、1～8のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

| | | |
|----------|---|--------------|
| 1 受けている | → | 1 医療特別手当 |
| 2 受けていない | | 2 特別手当 |
| | | 3 原子爆弾小頭症手当 |
| | | 4 健康管理手当 |
| | | 5 保健手当 (一般分) |
| | | 6 保健手当 (増額分) |
| | | 7 家族介護手当 |
| | | 8 介護手当 |

質問9 あなたの世帯は、生活保護を受けていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

| | |
|---------|----------|
| 1 受けている | 2 受けていない |
|---------|----------|

質問10 あなたは、どんな種類の公的な年金・恩給を受給していますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 受けている」を○で囲んだ場合には、あなたが現在お持ちの年金証書等を確認したうえで、1～9のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

| | |
|----------|---|
| 1 受けている | 1 基礎年金 2 基礎年金と厚生年金 3 基礎年金と共済年金 4 国民年金 5 福祉年金 6 厚生年金 7 共済年金 8 恩給 9 その他 |
| 2 受けていない | |

質問11 あなたは、どんな種類の公的な医療保険に加入していますか。あなたが現在お持ちの医療保険の被保険者証を確認したうえで、1～56のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

| | | |
|-------------|---|-------|
| 国民健康保険 | → | 1 市町村 |
| | | 2 組合 |
| 被用者保険 | → | 3 本人 |
| | | 4 家族 |
| 5 後期高齢者医療制度 | | |
| 56 その他 | | |

(注)「被用者保険」とは、職場で加入する医療保険の総称で、具体的には、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険をいいます。

質問12 あなたは、次の手帳をお持ちですか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 身体障害者手帳」をお持ちの方は、1～6のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

また、「3 精神障害者保健福祉手帳」をお持ちの方は、1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 身体障害者手帳

1 一 級
2 二 級
3 三 級
4 四 級
5 五 級
6 六 級

2 戦傷病者手帳

3 精神障害者保健福祉手帳

1 一 級
2 二 級
3 三 級

4 1、2、3の手帳は持っていない

質問13は、現在、「病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中」以外の方にお聞きします。(入院または入所中の方は質問14へ進んでください。)

質問13 あなたは、日常生活を送る上で、だれかの手助けや見守りが必要ですか。当てはまる番号を○で囲んでください。「1 手助けや見守りを必要とする」を○で囲んだ場合には、問1、問2にもお答えください。

1 手助けや見守りを必要とする

2 手助けや見守りは必要としない → 質問15へ

問1 日常生活はどのような状況・状態ですか。また、そのような状況・状態になってからどのくらいになりますか。それぞれ当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる

2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない

3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座った姿勢を保つことはできる

4 1日中ベッド上で過ごし排せつ、食事、着替えに介助を要する

左の1～4のうち○をつけた状況・状態になってからの期間

- 1 1月未満
- 2 1月～3月未満
- 3 3月～6月未満
- 4 6月～1年未満
- 5 1年～3年未満
- 6 3年～5年未満
- 7 5年～10年未満
- 8 10年～20年未満
- 9 20年以上

問2 主に手助けや見守りをしてくれるのはだれですか。ア、イ、ウすべてについて、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

2人以上いる場合には、中心になっている方、お1人についてお答えください。

- | | | |
|---|---------|--------------|
| ア | 1 配偶者 | 5 その他の親族 |
| | 2 子 | 6 介護サービスの事業者 |
| | 3 子の配偶者 | 7 その他 |
| | 4 父母 | |

- イ 1 同居者
2 同居者以外

- ウ 1 男
2 女

質問14は、現在、病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中の方と、質問13で「1 手助けや見守りを必要とする」と回答された方にお聞きします。

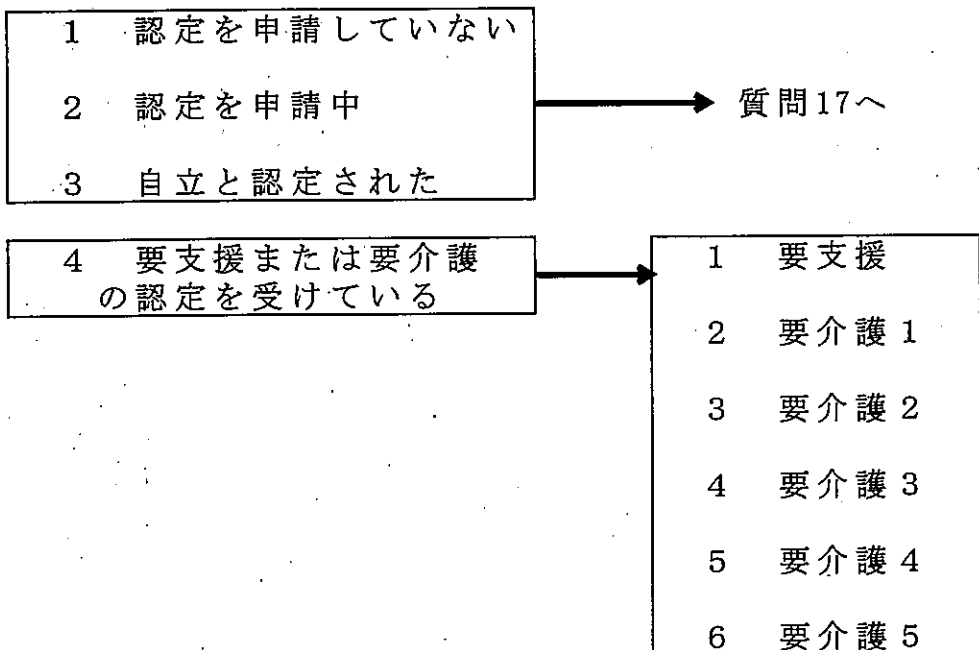
質問14 入院や入所、手助けや見守りが必要となった原因は、何ですか。当てはまる番号すべてを○で囲み、2つ以上ある場合には、主たる原因の番号を1つだけ に記入してください。

| | |
|----|-----------------------------|
| 01 | 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、脳卒中等） |
| 02 | 心臓病 |
| 03 | がん（悪性新生物） |
| 04 | 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 05 | 関節疾患（リウマチ等） |
| 06 | 認知症 |
| 07 | パーキンソン病 |
| 08 | 糖尿病 |
| 09 | 視覚・聴覚障害 |
| 10 | 骨折・転倒 |
| 11 | 脊髄損傷 |
| 12 | 高齢による衰弱 |
| 13 | その他（ <input type="text"/> ） |
| 14 | 不明 |

主たる原因

質問15 あなたは、平成十七年11月1日現在、介護保険制度の要支援または要介護の認定を受けていますか。1～4のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

「4 要支援または要介護の認定を受けている」を○で囲んだ場合には、あなたが現在お持ちの介護保険被保険者証を確認したうえで、1～6のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。



質問16は、質問15で「4 要支援または要介護の認定を受けている」と回答された方にお聞きします。

質問16 あなたは、平成二十七年10月中に介護保険制度によるサービスを利用しましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 利用した」を○で囲んだ場合には、1～58のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 利用した

2 利用しなかった

1 訪問系のサービス
 訪問介護（ホームヘルプサービス）
 訪問入浴介護
 訪問看護（~~病院・診療所・訪問看護ステーション~~）
 訪問リハビリテーション
 介護予防訪問介護
 介護予防訪問入浴介護
 介護予防訪問看護
 介護予防訪問リハビリテーション
 夜間対応型訪問介護
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

6 小規模多機能型サービス等
 小規模多機能型居宅介護
 介護予防小規模多機能型居宅
 介護看護小規模多機能型居宅介護

7 介護予防・日常生活支援総合
 事業
 第1号訪問事業
 第1号通所事業
 第1号生活支援事業

2 通所系のサービス
 通所介護（デイサービス）
 通所リハビリテーション（デイケア）
 介護予防通所介護
 介護予防通所リハビリテーション
 認知症対応型通所介護
 介護予防認知症対応型通所介護

8 その他（ ）

3 短期入所サービス
 短期入所生活介護（特別養護老人ホーム等での
 ショートステイ）
 短期入所療養介護（介護老人保健施設等でのショ
 ートステイ）
 介護予防短期入所生活介護
 介護予防短期入所療養介護

4 入所・入院サービス
 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
 介護老人保健施設（老人保健施設）
 介護療養型医療施設（療養病床等）
~~認知症高齢者グループホーム~~

~~5 その他（ ）~~

5 居住系サービス（グループホーム）
 認知症対応型共同生活介護
 介護予防認知症対応型共同生活介護

質問17 あなたは、平成1626年11月1日から平成1727年10月31日までの1年間に、被爆者健康診断を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。（被爆者健康手帳の一般検査の欄を参考にしてください。）

また、矢印にしたがって「受診状況」もしくは「未受診理由」についてお答えください。

1 受けた

受診状況

問1 何回受けましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
（がん検診は、何種類受けても1回と数えてください。）

- | | | | |
|---|----|---|----|
| 1 | 一回 | 3 | 三回 |
| 2 | 二回 | 4 | 四回 |

問2 その1年間の被爆者健康診断の結果で、一度でも要精密検査になりましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
（被爆者健康手帳の一般検査の「判定」の欄を参考にしてください。）

- | | |
|---|---------------|
| 1 | 要精密検査になった |
| 2 | 要精密検査にはならなかった |
| 3 | 未判定（検査中） |

問3 被爆者健康診断の精密検査を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。また、その結果、一度でも異常がありましたか。1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
（被爆者健康手帳の精密検査「異常の有無」の欄を参考にしてください。）

1 受けた

2 受けなかった

- | | |
|---|----------|
| 1 | 異常があった |
| 2 | 異常はなかった |
| 3 | 未判定（検査中） |

2 受けなかった

未受診理由

問1 受けなかったのは、主にどのような理由からですか。
当てはまる主な番号を、ひとつだけ○で囲んでください。

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | 健康だと思ったから |
| 2 | 職場で健康診断を受けたから |
| 3 | 老人保健の健康診断を受けたから |
| 4 | 通院または入院・入所中だから |
| 5 | 時間・場所等を知らなかったから |
| 6 | その他 |

3 市町村国保や後期高齢者医療広域連合による健康診査を受けたから

質問18 あなたは、平成~~十~~27年10月中に病院・診療所（医院）に入院または通院していましたか。あるいは、在宅医療（往診を含む。）を受けましたか。

当てはまる番号すべてを○で囲んで下さい。

- | |
|-------------------------------|
| 1 入院していた |
| 2 在宅医療を受けていた（在宅酸素療法、経管栄養等） |
| 3 病院（歯科以外）・診療所（医院）へ通院した |
| 4 歯科診療所・病院の歯科へ通院した |
| 5 入院も通院もしなかった。また、在宅医療も受けなかった。 |

質問19 被爆者であることから、現在苦勞していたり、心配していることはありますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 ある」を○で囲んだ場合には、1～7のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

| | | |
|------|---|-------------------------------|
| 1 ある | → | 1 自分や家族の健康 |
| 2 ない | | 2 仕事のこと |
| | | 3 経済上の困窮 |
| | | 4 老後の生活 |
| | | 5 肉親の日常の世話 |
| | | 6 家族の将来（就職、結婚など） |
| | | 7 その他（ ） |

質問はこれで終わりです。
ご協力ありがとうございました。

被爆について思うこと

(被爆状況やその体験に基づく平和祈念の思いなど、70~~6~~年間に振り返っての思いを自由に記載してください)

被爆地 (広島・長崎) 、 性別 () 、 被爆時の年齢 (満 歳)

※差しつかえなければ、あなたの氏名、被爆者健康手帳を持っている方は、その被爆者健康手帳を見て記入してください。

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| 氏 名 | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | | |

この用紙にお書きいただいたものは、国立原爆死没者追悼平和祈念館において公開することとしております。その際の公開の範囲について、次のどちらか希望される方を○で囲んでください。

- | |
|---|
| 1 あなたの氏名や文中に登場する人物名など、個人が特定できる部分は非公開とする |
| 2 原文のまますべて公開する |

A series of 20 horizontal dashed lines spanning the width of the page, intended for handwritten notes or answers.