

報道関係者 各位

平成25年6月4日

【照会先】

医薬食品局食品安全部企画情報課

課長補佐 山本 圭子（内線2448）

指導係長 萩森 洋介（内線2492）

（代 表）03-5253-1111

（直 通）03-3595-2326

平成25年度カネミ油症健康実態調査の実施について

カネミ油症については、昨年9月に「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」が施行され、「カネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針」（厚生労働省・農林水産省告示）に基づき、様々な施策を実施しているところです。

カネミ油症患者の皆様の生活状況、病状、治療内容等について把握し、カネミ油症に関する調査研究を更に推進するため、平成25年度健康実態調査を下記のとおり実施することといたしました。

調査は、油症認定患者の方に調査票を送付する形で行います。

なお、現時点で把握している住所に調査票を送付することとしておりますが、7月に入ってもお手元に届かない場合は、お住まいの都道府県（問い合わせ一覧）若しくは厚生労働省までご連絡ください。

記

1. 調査方法

35都道府県からの郵送アンケート調査（35都道府県に委託）

※調査票：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/kenkoukiki/kanemi/

2. 調査対象者

- ・油症認定患者（平成25年5月31日現在：1, 590人程度）
- ・調査協力者には、健康調査支援金として、19万円を支給

3. 調査期間

6月～7月頃（7月末日必着）

4. 結果の集計公表等

厚生労働省が、年度内を目処に各都道府県から送付されたデータを集計し、公表

5. 各都道府県別問い合わせ先一覧

都道府県名	調査対象人数 (推定)	問い合わせ先
北海道	1	北海道保健福祉部健康安全局食品衛生課 (電話:011-204-5261)
秋田県	1	秋田県生活環境部生活衛生課 (電話:018-860-1593)
茨城県	4	茨城県保健福祉部生活衛生課食の安全対策室 (電話:029-301-3424)
栃木県	2	栃木県保健福祉部生活衛生課食品安全推進班食品衛生チーム (電話:028-623-3109)
埼玉県	7	埼玉県保健医療部食品安全課 (電話:048-830-3608)
千葉県	20	千葉県健康福祉部衛生指導課企画調整班 (電話:043-223-2638)
東京都	20	東京都福祉保健局健康安全部食品監視課食中毒調査係 (電話:03-5320-4405)
神奈川県	13	神奈川県保健福祉局生活衛生部食品衛生課 (電話:045-210-4943)
新潟県	1	新潟県福祉保健部生活衛生課 (電話:025-280-5205)
長野県	2	長野県健康福祉部食品・生活衛生課 食品衛生係 (電話:026-235-7155)
岐阜県	4	岐阜県健康福祉部生活衛生課 (電話:058-272-8280)
静岡県	7	静岡県健康福祉部衛生課 (電話:054-221-2538)
愛知県	43	愛知県健康福祉部健康担当局生活衛生課 (電話:052-954-6297)
三重県	5	三重県健康福祉部食品安全課 (電話:059-224-2343)
滋賀県	4	滋賀県健康福祉部生活衛生課食の安全推進室 (電話:077-528-3643)
京都府	5	京都府健康福祉部生活衛生課 (電話:075-414-4773)
大阪府	78	大阪府健康医療部食の安全推進課 (電話:06-6944-6703)
兵庫県	15	兵庫県健康福祉部生活消費局生活衛生課 (電話:078-341-7711)
奈良県	20	奈良県くらし創造部消費・生活安全課 (電話:0742-27-8681)
和歌山県	5	和歌山県環境生活部県民局食品・生活衛生課 (電話:073-441-2624)
島根県	7	島根県健康福祉部薬事衛生課食品衛生グループ (電話:0852-22-5264)
岡山県	6	岡山県保健福祉部 生活衛生課 食の安全推進班 (電話:086-226-7338)
広島県	112	広島県健康福祉局食品生活衛生課 (電話:082-513-3104)
山口県	36	山口県環境生活部生活衛生課食の安心・安全推進班 (電話:083-933-2974)
香川県	1	香川県健康福祉部生活衛生課 (電話:087-832-3180)
愛媛県	12	愛媛県保健福祉部健康衛生局薬務衛生課 (電話:089-912-2395)
高知県	27	高知県健康政策部健康対策課 (電話:088-823-9678)
福岡県	612	福岡県保健医療介護部保健衛生課食品衛生係 (電話:092-643-3280)
佐賀県	15	佐賀県健康福祉本部生活衛生課 (電話:0952-25-7077)
長崎県	479	長崎県 県民生活部生活衛生課 食品乳肉衛生班 (電話:095-895-2364)
熊本県	6	熊本県健康福祉部健康危機管理課 (電話:096-333-2247)
大分県	10	大分県生活環境部食品安全・衛生課 (電話:097-506-3058)
宮崎県	1	宮崎県福祉保健部衛生管理課 (電話:0985-26-7077)
鹿児島	7	鹿児島県保健福祉部生活衛生課 (電話:099-286-2786)
沖縄県	2	沖縄県環境生活部生活衛生課 (電話:098-866-2055)
合 計	1,590	

②

全ての方に返送をお願いします
締め切り：平成25年7月末日

秘

健康実態調査 調査票

平成25年5月

厚生労働省

□□-□□-□□□□

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					
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 都道府県	都道 府県

(2) この調査にご記入いただくのはご本人ですか？

ア. はい ☒ イ. いいえ

イ. 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おしえてください。

以下のいずれかに○をつけてください。

ア. 本人に直接会って聞き取った エ. 家族に電話で聞き取った

イ. 本人に電話で聞き取った オ. 自分が知っている範囲で記入した

ウ. 家族に直接会って聞き取った カ. その他（ _____ ）

- (3) 今後、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。
連絡方法の希望について以下のいずれかに○をつけてください。

ア. 直接連絡して良い。

イ. 記入したが、連絡先は別のところにしてほしい。

ウ. 代理記入者（前のページの設問（2））に連絡してほしい。

ア. イ. ウ. いずれの場合も、以下の連絡先にご記入ください。

連 絡 先			
フリガナ			
氏 名			
郵便番号			
住所			
電話番号			
携帯電話番号			
F A X 番号			
電子メールアドレス	@		
連絡方法	ア. 電話 イ. 携帯電話	ウ. F A X エ. 電子メール	オ. 郵送

問1 生活習慣について
該当するものに○をつけてください。

(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）

- ア. 90分以上
- イ. 60分以上～90分未満
- ウ. 30分以上～60分未満
- エ. 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）

- ア. ほぼ毎日
- イ. 週2～4回程度
- ウ. 週1回程度
- エ. 月1回程度
- オ. ほとんどしていない

(3) お酒をどのくらい飲みますか？

- ア. ほぼ毎日
- イ. 週3～5回程度
- ウ. 週1～2回程度
- エ. 月1～3回程度
- オ. 年1～10回程度
- カ. 飲まない

飲む と答えた方におうかがいします。

1日に飲む量をおしえてください。

⇒ 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

(4) タバコをどのくらい吸いますか？

- ア. 吸う ⇒ 約 年間、1日に約 本吸っている
- イ. やめた ⇒ 約 年間、1日に約 本吸っていたが、 年前やめた
- ウ. 吸わない

(5) 睡眠時間はどのくらいですか？

- ア. 9時間以上
- イ. 8時間以上～9時間未満
- ウ. 7時間以上～8時間未満
- エ. 6時間以上～7時間未満
- オ. 5時間以上～6時間未満
- カ. 5時間未満

(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）

ア. 10時間以上	オ. 6時間以上～7時間未満
イ. 9時間以上～10時間未満	カ. 5時間以上～6時間未満
ウ. 8時間以上～9時間未満	キ. 4時間以上～5時間未満
エ. 7時間以上～8時間未満	ク. 4時間未満

(7) 常用しているサプリメント、健康食品あるいは漢方薬がありますか？

ア. ある	イ. ない
-------	-------

ア. ある と答えた方におうかがいします。

常用しているサプリメント、健康食品あるいは漢方薬の名称と摂取の
効果をおしえてください。

							ア た不快 と思状 うが改 善し	イ た特 思効 わ果 ないは がっ あるき るとり とはし	ウ そ 他
例. 名称：	鉄分サプリメント	を	1	年間、週	2	回摂取	ア	イ	ウ
1. 名称：		を		年間、週		回摂取	ア	イ	ウ
2. 名称：		を		年間、週		回摂取	ア	イ	ウ
3. 名称：		を		年間、週		回摂取	ア	イ	ウ
4. 名称：		を		年間、週		回摂取	ア	イ	ウ
5. 名称：		を		年間、週		回摂取	ア	イ	ウ

問2 健康・悩み・ストレスについて

該当するものに○をつけてください。

(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？

ア. ある イ. ない

ア. 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○をつけてください。
その中で最も気になる原因の記号を記入してください。

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| ア. 家族との人間関係 | シ. 妊娠・出産 |
| イ. 家族以外との人間関係 | ス. 育児 |
| ウ. 恋愛・性に関すること | セ. 家事 |
| エ. 結婚 | ソ. 自分の学業・受験・進学 |
| オ. 離婚 | タ. 子どもの教育 |
| カ. いじめ, セクシュアル・ハラスメント | チ. 自分の仕事 |
| キ. 生きがいに関すること | ツ. 家族の仕事 |
| ク. 自由にできる時間がない | テ. 住まいや生活環境
(公害, 安全及び交通事情を含む) |
| ケ. 収入・家計・借金等 | |
| コ. 自分の病気や介護 | ト. その他 |
| サ. 家族の病気や介護 | ナ. わからない |

⇒ 最も気になる原因は ア～ナ のうち

問3 介護や日常生活動作の状況について

該当するものに○をつけてください。

(1) あなたは病院や診療所^{かいごしせつ}に入院、または、介護施設^{かいごしせつ}に入所中ですか？

ア. はい イ. いいえ

(2) 現在要介護認定^{ようかいごにんてい}を受けていますか？

ア. はい イ. いいえ

ア. はい と答えた方におうかがいします。

現在の要介護度^{ようかいごど}の状況をおしえてください。

ア. 要支援^{ようしえん} 1

イ. 要支援^{ようしえん} 2

ウ. 要介護^{ようかいご} 1

エ. 要介護^{ようかいご} 2

オ. 要介護^{ようかいご} 3

カ. 要介護^{ようかいご} 4

キ. 要介護^{ようかいご} 5

介護が必要となった原因としてあてはまるものすべてに○をつけてください。
その中で主な原因である記号を記入してください。

ア. 脳血管疾患^{のうけっかんしっかん}※1

イ. 心臓疾患^{しんぞうしっかん}※2

ウ. がん※3

エ. 呼吸器疾患^{こきゅうきしっかん}※4

オ. 関節疾患^{かんせつしっかん}※5

カ. 認知症^{にんちしやう}※6

キ. パーキンソン病

ク. 糖尿病^{とうようびやう}※7

ケ. 視覚・聴覚障害^{しかく ちょうかくしやうがい}※8

コ. 骨折・転倒^{こっせつ てんとう}※9

サ. 脊髄損傷^{せきずいそんしやう}※10

シ. 高齢による衰弱^{こうれい すいじやく}※11

ス. その他

セ. わからない

⇒ 主な原因は ア～セ のうち

- ※1 脳出血^{のうしゅつけつ}、脳こうそく^{のうこうそく}、くも膜下出血^{まくかしゅつけつ}、脳卒中^{のうそっちゅう}、その他の脳血管疾患^{のうけっかんしっかん}及びその後遺症^{こういしやう}など
- ※2 狭心症^{きやうしんしやう}、心筋こうそく^{しんきんこうそく}、不整脈^{ふせいみやく}、心筋炎^{しんきんえん}、その他の心臓疾患^{しんぞうしっかん}
- ※3 すべての部位^{ぶい}の悪性新生物^{あくせいしんせいぶつ}（白血病^{はっけつびやう}を含む^{ふく}）及び肉腫^{およにくしゅ}
- ※4 肺気腫^{はいきしゅ}、肺炎^{はいえん}、気管支炎^{きかんしえん}、胸膜疾患^{きやうまくしっかん}など
- ※5 関節リウマチ^{かんせつ}、関節炎^{かんせつえん}、関節の変形^{かんせつ へんけい}、腰痛症^{ようつうしやう}
- ※6 アルツハイマー病など
- ※7 糖尿病^{とうようびやう}及び糖尿病性腎症^{じんしやう}、糖尿病性網膜症^{もうまくしやう}などの合併症^{がっぺいしやう}
- ※8 緑内障^{りよくないしやう}、網膜はくり^{もうまく}、難聴^{なんちやう}など
- ※9 屋内外を問わず、何らかの原因で骨折又は転倒したもの
- ※10 脊髄^{せきずい}の機能^{きののう}が傷害^{しやうがい}されたもの
- ※11 特にこれといった病気と診断されてないものの、老いて体の機能が衰弱したもの

(3) 以下の動作の中で介助なしに自分で行うことができるものすべてに○をつけてください。なお、自分で行うことができるが、実際に行っていない場合は「できる」と判断してください。

ア. 洗顔 せんがん	ケ. 食事の準備・後始末 しょくじ じゅんび あとしまつ （調理を含む）
イ. 口腔清拭 こうくうせいしき （はみがきなど）	コ. 食事 しょくじ
ウ. 身体 からだ の清拭 せいしき （体を拭 ぬぐ う）	サ. 服薬 ふくやく （薬をのむ）
エ. 洗髪 せんぱつ	シ. 散歩 さんぽ
オ. 着替 きがえ	ス. 掃除 そうじ
カ. 入浴 にゅうよく	セ. 洗濯 せんたく
キ. 体位交換・起居 たいいこうかん ききょ （寝返りや体を起こすなど）	ソ. 買い物 かいもの
ク. 排泄 はいせつ （トイレ）	タ. 日常会話 にちじょうかいわ

問4 この1年間の治療状況について
該当するものに○をつけてください。

(1) 現在の受診の頻度はどのくらいですか？

ア. 入院中	エ. 数か月に1回程度
イ. 毎週1回以上	オ. 受診していない
ウ. 毎月1～3回程度	

(2) この1年間の治療の内容をおしえてください。あったことすべてに○をつけてください。

ア. 手術を受けた	⇒	手術の内容：	
イ. 入院した			
ウ. 外来で治療を受けた			
エ. 油症検診を受けた			

問5 ユシヨウカンジャジュリョウケン ユシヨウケン ※1の使用状況について
該当するものに○をつけてください。

(1) 油症券を使用していますか？

ア. はい イ. いいえ

(2) この1年間、油症券を使用せずに受診したことがありますか？

ア. はい イ. いいえ

ア. はい と答えた方におうかがいします。

今後、油症券の使用を希望する医療機関（病院、診療所、歯科、調剤薬局）がありますか？

ア. はい イ. いいえ

ア. はい と答えた方におうかがいします。

油症券の使用を希望する医療機関の所在地と医療機関名をおしえてください。

1. 市町村名：		医療機関名：	
2. 市町村名：		医療機関名：	
3. 市町村名：		医療機関名：	

※1 油症患者受療券（油症券）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、油症券を使わずに、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、油症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。

問6 これまでにかかったことのある病気（今かかっている病気・症状も含む）について

該当するものに○をつけてください。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、できればかかりつけの医師・歯科医師の先生に確認してください。

(1) 悪性腫瘍（がん）にかかったことがありますか？

ア. ある イ. ない

ア. ある と答えた方におうかがいします。

具体的な診断名と治療歴をおしえてください。

		ア な し 過 い た 去 こ と に 治 が 療	イ あ し 過 る し た 去 あ る こ と に 治 が 療	ウ 現 在 治 療 中	エ そ の 他
例. 診断名： 胃がん		ア	イ	ウ	エ
1. 診断名：		ア	イ	ウ	エ
2. 診断名：		ア	イ	ウ	エ
3. 診断名：		ア	イ	ウ	エ
4. 診断名：		ア	イ	ウ	エ

(2) 脳・精神・神経の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 脳腫瘍

ケ. 統合失調症※4

イ. 脳卒中・脳出血・くも膜下出血※1

コ. 幻覚※5

ウ. 脳梗塞※2

サ. 認知症

エ. 頭痛

シ. もの忘れ

オ. 頭重（頭が重い）

ス. かつとなりやすい・短気

カ. 神経痛

セ. その他

キ. 知的障害

ソ. 病気・症状はとくにない

ク. 躁うつ病※3

※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

(3) 自律神経系の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- ア. 起立性低血圧※1

イ. 過敏性腸症候群※2

ウ. 多汗症※3

エ. 汗が出にくい

オ. 不眠
- カ. 不安神経症※4

キ. 自律神経失調症※5

ク. その他

ケ. 病気・症状はとくにない

※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
※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
※3 多汗症… 日常生活に支障をきたす発汗
※4 不安神経症… 不安が強すぎて日常生活に支障をきたす
※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見つからない

(4) 眼の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- ア. 眼脂過多（めやにが多い）

イ. 瞼板腺（まつげの根元）からのチーズ様分泌物

ウ. 結膜（白目）の色素沈着

エ. 白内障

オ. 緑内障

カ. 近視
- キ. 遠視

ク. 乱視

ケ. 弱視

コ. その他

サ. 病気・症状はとくにない

(5) 口の中の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- ア. 舌がん

イ. 歯牙形成不全（子どもの時に歯が生えなかった）

ウ. 歯周病（歯槽膿漏）

エ. 歯肉炎（歯ぐきの病気）

オ. 顎関節症（あごの関節の異常）

カ. 味覚異常

キ. 歯肉の色素沈着（歯茎が黒い）
- ク. 口内炎になりやすい

ケ. 虫歯になりやすい

コ. 歯の知覚過敏（歯がしみる）

サ. 永久歯（全歯）を早期に失った

シ. その他

ス. 病気・症状はとくにない

(6) 耳・鼻の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------|----------------|
| ア. メニエール病※1 | キ. 蓄膿症 |
| イ. めまい | ク. 鼻血がよく出る |
| ウ. 中耳炎 | ケ. 鼻血が止まりにくい |
| エ. 真珠腫性中耳炎※2 | コ. その他 |
| オ. 鼻炎を起こしやすい | サ. 病気・症状はとくにない |
| カ. 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□

(7) 甲状腺の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------|----------------|
| ア. 甲状腺がん | オ. 甲状腺機能低下※4 |
| イ. 甲状腺腫※1 | カ. その他 |
| ウ. 慢性甲状腺炎※2 | キ. 病気・症状はとくにない |
| エ. バセドウ病※3 | |

※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、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------------|----------------|
| ア. 肺がん | ケ. 呼吸困難 |
| イ. 肺線維症（慢性間質性肺炎）※1 | コ. 息切れ |
| ウ. 無気肺※2 | サ. 風邪を引きやすい |
| エ. 肺水腫※3 | シ. 風邪が治りにくい |
| オ. 肺気腫※4 | ス. せき |
| カ. 肺炎 | セ. たん |
| キ. 慢性気管支炎 | ソ. その他 |
| ク. 嚙声（声がかれる） | タ. 病気・症状はとくにない |

※1 肺線維症… 肺が硬くなる
※2 無気肺… 肺がふくらまない、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 肺気腫… 長年のタバコで息切れが強くなる

(9) ^{しんぞう}心臓の^{びょうき}病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. ^{しんきんこうそく}心筋梗塞※1

イ. ^{きょうしんしよ}狭心症※2

ウ. ^{しんふぜん}心不全※3

エ. ^{しんひだい}心肥大

オ. ^{ふせいみやく}不整脈（脈がとぶ）

カ. ^{ひんみやく}頻脈（心拍数が増加している状態）

キ. ^{どうき}動悸（異常にドキドキする）

ク. その他

ケ. ^{びょうき}病気・^{しょうじょう}症状はとくにない

※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

^{しんぞう}心臓の^{びょうき}病気にかかったことがある 方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

ア. 過去に治療したことがない

ウ. 現在治療中

イ. 過去に治療したことがある

エ. その他

ウ. 現在治療中 の方は治療方法をおしえてください。

ア. 食事または運動療法のみ

ウ. 注射薬

イ. 内服薬

エ. その他

(10) ^{こうけつあつ}高血圧や^{けっかん}血管の^{びょうき}病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. ^{こうけつあつ}高血圧

イ. ^{ていけつあつ}低血圧

ウ. ^{どうみやくこうか}動脈硬化

エ. ^{どうみやくりゅう}動脈瘤※1

オ. ^{じょうみやくえ}静脈炎

カ. ^{じょうみやくゆ}静脈瘤

キ. その他

ク. ^{びょうき}病気・^{しょうじょう}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

ア. ^{こうけつあつ}高血圧 にかかったことがある方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

ア. 過去に治療したことがない

ウ. 現在治療中

イ. 過去に治療したことがある

エ. その他

ウ. 現在治療中 の方は治療方法をおしえてください。

ア. 食事または運動療法のみ

ウ. その他

イ. 内服薬

(11) 肝臓・胆のう・脾臓の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 肝臓がん	キ. 胆石症
イ. 胆のうがん	ク. 黄疸
ウ. B型肝炎	ケ. 脾腫（脾臓がはれる）
エ. C型肝炎	コ. その他
オ. 肝機能障害	サ. 病気・症状はとくにない
カ. 胆のう炎	

(12) すい臓の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. すい臓がん	エ. その他
イ. すい炎	オ. 病気・症状はとくにない
ウ. 糖尿病	

ウ. 糖尿病 にかかったことがある方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

ア. 過去に治療したことがない	ウ. 現在治療中
イ. 過去に治療したことがある	エ. その他

ウ. 現在治療中の方は治療方法をおしえてください。

ア. 食事または運動療法のみ	ウ. インスリン
イ. 内服薬	エ. その他

(13) 腎臓・膀胱の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 腎がん	キ. 膀胱結石
イ. 膀胱がん	ク. 血尿
ウ. 腎炎	ケ. 蛋白尿
エ. 膀胱炎	コ. その他
オ. 腎結石	サ. 病気・症状はとくにない
カ. 尿管結石	

(14) 食道・胃・腸・肛門の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 食道がん	ケ. 下痢
イ. 胃がん	コ. 便秘
ウ. 大腸がん	サ. 腹部膨満感（おなかが張る）
エ. 大腸ポリープ	シ. 痔疾（ぢ）
オ. 慢性胃炎	ス. 腹痛
カ. 胃潰瘍	セ. その他
キ. 十二指腸潰瘍	ソ. 病気・症状はとくにない
ク. 腸閉塞	

(15) 血液・リンパの病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 白血病	オ. リンパ節の腫大（リンパの腫れ）
イ. 悪性リンパ腫	カ. その他
ウ. 脂質異常症（高脂血症）※1	キ. 病気・症状はとくにない
エ. 貧血	

※1 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

ウ. 脂質異常症（高脂血症）にかかったことがある方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

ア. 過去に治療したことがない	ウ. 現在治療中
イ. 過去に治療したことがある	エ. その他

ウ. 現在治療中の方は治療方法をおしえてください。

ア. 食事または運動療法のみ	ウ. その他
イ. 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、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 前立腺がん	エ. インポテンツ
イ. 前立腺肥大	オ. その他
ウ. 男性不妊（子供ができない）	カ. 病気・症状はとくにない

(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、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- ア. 子宮がん

イ. 卵巣がん

ウ. 乳がん

エ. 子宮内膜症

オ. 子宮筋腫

カ. 卵巣のう腫

キ. 月経困難症（生理痛）
- ク. 不正出血

ケ. 月経不順

コ. 過多月経（月経が多い）

サ. 過少月経（月経が少ない）

シ. その他

ス. 病気・症状はとくにない

(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

ア. あり

歳

イ. なし

閉経

ア. あり

歳

イ. なし

不妊症

ア. あり

イ. なし

妊娠回数

回

	出産について							妊娠中の異常					新生児の異常						
	ア 正常分娩	イ 帝王切開	ウ 早産	エ 死産	オ 自然流産	カ 人工流産	キ その他	ア・イ・ウを選択し た方は出産時期を記 入してください。	ア とくになし	イ 切迫流産	ウ 切迫早産	エ 妊娠中毒症※	オ その他	ア とくになし	イ 低出生体重児	ウ 先天異常	エ 奇形	オ その他	
記入例	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ		昭和・平成 58 年 12 月	ア	イ	ウ	エ	オ	ア	イ	ウ	エ	オ
1回目の妊娠	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ		昭和・平成 年 月	ア	イ	ウ	エ	オ	ア	イ	ウ	エ	オ
2回目の妊娠	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ		昭和・平成 年 月	ア	イ	ウ	エ	オ	ア	イ	ウ	エ	オ
3回目の妊娠	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ		昭和・平成 年 月	ア	イ	ウ	エ	オ	ア	イ	ウ	エ	オ

※ 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

(19) 骨・関節の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|------------------|-------------------|
| ア. 骨肉腫※1 | ク. 痛風 |
| イ. 今までに骨折したことがある | ケ. 関節痛 |
| ウ. 過去1年間に骨折した | コ. 骨痛（骨がうずくような痛み） |
| エ. 椎間板ヘルニア | サ. 肩こり |
| オ. 骨粗しょう症 | シ. 腰痛 |
| カ. 骨の変形 | ス. その他 |
| キ. ガングリオン※2 | セ. 病気・症状はとくにない |

※1 骨肉腫… 腕や脚の大きな骨を侵す、骨のがん
※2 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

オ. 骨粗しょう症 にかかったことがある方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

- | | |
|-----------------|----------|
| ア. 過去に治療したことがない | ウ. 現在治療中 |
| イ. 過去に治療したことがある | エ. その他 |

ウ. 現在治療中 の方は治療方法をおしえてください。

- | | |
|----------------|--------|
| ア. 食事または運動療法のみ | ウ. 注射薬 |
| イ. 内服薬 | エ. その他 |

(20) 皮膚・爪の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------|----------------|
| ア. 皮膚がん | ケ. 湿疹がしやすい |
| イ. ざ瘡（にきび） | コ. 皮膚の掻痒（かゆみ） |
| ウ. 毛孔の開大・面皰（毛穴が広がる、黒にきび） | サ. 乾燥肌（さめ肌） |
| エ. 色素沈着（肌が黒くなる） | シ. 脱毛 |
| オ. 爪の変形 | ス. 白斑 |
| カ. 粉瘤（皮膚のふくろ） | セ. 紫斑（内出血） |
| キ. 粘液嚢腫（関節のふくろ） | ソ. その他 |
| ク. 掌蹠膿疱症※1 | タ. 病気・症状はとくにない |

※1 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

(21) アレルギー疾患^{しつかん}について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. アトピー ^{せいひふえん} 性皮膚炎	カ. 食物 ^{しょくもつ} アレルギー
イ. アレルギー ^{せいびえん} 性鼻炎	キ. 薬物 ^{やくぶつ} アレルギー
ウ. 花粉 ^{かふんしょう} 症	ク. その他
エ. 喘息 ^{ぜんそく}	ケ. 病気 ^{びょうき} ・症状 ^{しょうじょう} はとくにない
オ. 蕁麻疹 ^{じんましん}	

(22) 膠原病^{こうげんびょう}について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 関節 ^{かんせつ} リウマチ	オ. シェーグレン ^{しょうこうぐん} 症候群
イ. 全身性 ^{ぜんしんせい} エリテマトーデス（SLE）	カ. ベーチェット ^{びょう} 病
ウ. 強皮 ^{きょうひしょう} 症	キ. その他
エ. 皮膚 ^{ひふ} 筋炎 ^{きんえん}	ク. 病気 ^{びょうき} ・症状 ^{しょうじょう} はとくにない

膠原病^{こうげんびょう}にかかったことがある方におうかがいします。

過去・現在の治療状況についておしえてください。

ア. 過去に治療したことがない	ウ. 現在治療中
イ. 過去に治療したことがある	エ. その他

ウ. 現在治療中の方は治療方法をおしえてください。

ア. 食事または運動療法のみ	ウ. 注射薬
イ. 内服薬	エ. その他

(23) その他の病気・症状について、
これまでかかったことのあるものすべてに○をつけてください。

ア. 全身倦怠感 ^{ぜんしんけんたいかん} （体がだるい）	キ. 日光 ^{にっこう} に当たると顔 ^{かお} が腫 ^は れたり湿疹 ^{しっしん} ができたりする
イ. 手足 ^{てあし} のしびれ	ク. 指 ^{ゆび} が腫 ^は れる
ウ. 体 ^{からだ} がつる	ケ. 全身 ^{ぜんしん} に痛 ^{いた} みがある
エ. のどがつる	コ. 手足 ^{てあし} に痛 ^{いた} みがある
オ. 筋肉 ^{きんにく} の痛 ^{いた} み	サ. その他
カ. 体 ^{からだ} がむくむ	シ. 病気 ^{びょうき} ・症状 ^{しょうじょう} はとくにない

問7 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。

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、7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御連絡ください。

○ 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、御安心ください。

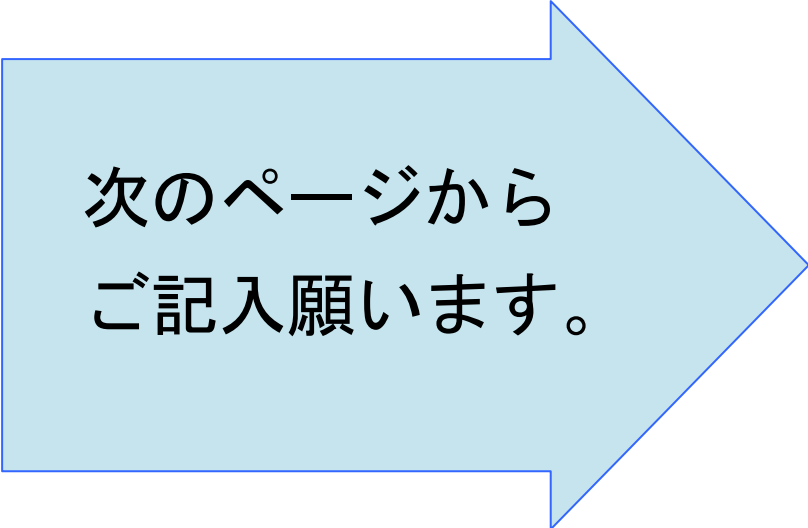
（厚生労働省における担当者）

食安全部企画情報課 山本、萩森、村井

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。



次のページから
ご記入願います。

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。

平成 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