

## ● 調査票

- 訪問調査留置用
- 訪問調査面接用
- 郵送調査用

# こどもの生活環境と健康影響の全国調査

ご家族、居住歴・居住環境等に関する質問票 ver.2

お子さんの氏名 <small>ふりがな</small>		男・女	
記入者氏名 <small>ふりがな</small> (原則としてお母さん)		続柄	
連絡先住所		電話	
ID番号			

## 記入に際してのお願い

この調査は下欄にお名前を記入しているお子さんと原則としてそのお母さんに対してお願いをしています。以下の質問で、「このお子さん」と書かれている場合には、そのお子さんに関することをお尋ねしています。ご兄弟姉妹がいらっしゃる場合には混同しないようご注意ください。

質問の内容についてはできるだけ詳しく、正確にお答えください。

質問には、黒色のエンピツまたはボールペンを用いて次のように答えてください。

- ・ 回答番号の記入：複数の選択肢に  をつけてもかまいません」とただし書きがあるところ以外は、選択肢のなかから最も当てはまる番号をひとつ選んで  印をつけてください。
- ・ 数字の記入  の中に記入して下さい。
- ・ 文字の記入：(  )には文字を記入して下さい。

網掛け  がしてある箇所は記入する必要はありません。当方で記入する欄です。

質問項目の中でわからないことばや質問がありましたら、その質問番号に×印をつけて下さい。

後日、調査員が訪問する時までにご記入をいただけますようお願い申し上げます。また、その際に他の質問と一緒に再確認させていただくことがありますので、よろしくようお願い申し上げます。

なお、本調査でご回答いただきましたデータの秘密は守られ、すべてのデータは統計処理されます。

ご家族についてお尋ねします。このお子さんの兄弟姉妹、ご両親、祖父母についてお答えください。(兄弟姉妹は年長者からご記入ください。このお子さん本人は除きます。)

このお子さんは何人兄弟姉妹の何番目ですか。  人兄弟姉妹の  番目

続柄	年齢	性別	同居の有無	次の病気にかかったことはありますか。
父	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
母	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
父方祖父	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
父方祖母	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
母方祖父	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]
母方祖母	<input type="text"/> 歳	X	同居・別居・死別 (死亡時年齢: )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ ]

居住歴

このお子さんを妊娠中の居住歴をお尋ねします。このお子さんを妊娠中に1ヶ月以上里帰りをしていたり、入院をしていた場合にはその住所についてもご記入ください。

妊娠中のお母さんの居住歴

妊娠期間 年 月 から 年 月 (出産)まで

	期間	住所 (番地まで詳細に)
妊娠中 居住歴 1	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
妊娠中 居住歴 2	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市

里帰り	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
入院	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市

出産後のこのお子さんの居住歴 (現在まで)

	期間	住所 (番地まで詳細に)
出産後 居住歴 1	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
出産後 居住歴 2	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
出産後 居住歴 3	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
出産後 居住歴 4	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
出産後 居住歴 5	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市

このお子さんが通っていた学校 (保育園、幼稚園を含む)についてお尋ねします。  
 転校した場合も含めてすべてお答えください。

名前	住所 (市区町村名)	期間	通園 通学方法 (複数の選択肢に をつけてもかまいません)
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他
(公立 私立)		<input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで	1. 徒歩 4. 自動車 2. バス 5. 自転車 3. 鉄道 6. その他

## 居住家屋の構造等に関する質問

現在の家屋、妊娠中最も長く居住していた家屋、ならびに出産後から現在まで最も長く居住していた家屋それぞれについてご記入ください。

### (その1) 現在の家屋

出産後居住歴

A1a. その家の構造はつぎのどれですか。

1. 木造一戸建て
2. 鉄筋(鉄骨)一戸建て
3. 木造の集合住宅(アパート等)
4. 鉄筋(鉄骨)の集合住宅(アパート、マンション等)
5. その他( )

A2a. その家は何年に建てられましたか。

1. 築10年以内(具体的に  年)
2. 1980年代
3. 1970年代
4. 1960年代以前
99. わからない

A3a. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありますか。

建ての  階

A4a. 家の台所では次の電化製品を使っていますか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 1. 電気炊飯器(電磁式、IH式)     | 7. 食器洗い機    |
| 2. 電気炊飯器(直接加熱式、ヒーター式) | 8. 食器乾燥機    |
| 3. 電子レンジ              | 9. 冷蔵庫      |
| 4. 電気オーブン             | 10. テレビ     |
| 5. 電磁調理器              | 11. ホットプレート |
| 6. 電気ポット              | 12. その他( )  |

A5a. 家では飲み水は何を使っていますか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

1. 公営の水道(家庭用浄水器なし)
2. 公営の水道(家庭用浄水器付き)
3. 井戸水(家庭用浄水器なし)
4. 井戸水(家庭用浄水器付き)
5. ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

(その2) 妊娠中に最も長く居住していた家屋 (現在の家屋と同じ時は記入を省略してください。)

妊娠中居住歴

A1b. その家の構造はつぎのどれですか。

1. 木造一戸建て
2. 鉄筋 (鉄骨) 一戸建て
3. 木造の集合住宅 (アパート等)
4. 鉄筋 (鉄骨) の集合住宅 (アパート、マンション等)
5. その他 ( )

A2b. その家は何年に建てられましたか。

1. 築10年以内 (具体的に  年)
2. 1980年代
3. 1970年代
4. 1960年代以前
9. わからない

A3b. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありましたか。

建ての  階

A4b. その家の台所では次の電化製品を使っていましたか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1. 電気炊飯器 (電磁式、IH式)     | 7. 食器洗い機    |
| 2. 電気炊飯器 (直接加熱式、ヒーター式) | 8. 食器乾燥機    |
| 3. 電子レンジ               | 9. 冷蔵庫      |
| 4. 電気オーブン              | 10. テレビ     |
| 5. 電磁調理器               | 11. ホットプレート |
| 6. 電気ポット               | 12. その他 ( ) |

A5b. その家では飲み水は何を使っていましたか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

1. 公営の水道 (家庭用浄水器なし)
2. 公営の水道 (家庭用浄水器付き)
3. 井戸水 (家庭用浄水器なし)
4. 井戸水 (家庭用浄水器付き)
5. ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

(その3)このお子さんの出産後に最も長く居住していた家屋(先に回答した家屋と同じ時は省略してください。)

出産後居住歴

A1c. その家の構造はつぎのどれですか。

- 1.木造一戸建て
- 2.鉄筋(鉄骨)一戸建て
- 3.木造の集合住宅(アパート等)
- 4.鉄筋(鉄骨)の集合住宅(アパート、マンション等)
- 5.その他( )

A2c. その家は何年に建てられましたか。

- 1.築10年以内(具体的に  年)
- 2.1980年代
- 3.1970年代
- 4.1960年代以前
- 99.わからない

A3c. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありましたか。

建ての  階

A4c. その家の台所では次の電化製品を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| 1.電気炊飯器(電磁式、IH式)     | 7.食器洗い機    |
| 2.電気炊飯器(直接加熱式、ヒーター式) | 8.食器乾燥機    |
| 3.電子レンジ              | 9.冷蔵庫      |
| 4.電気オーブン             | 10.テレビ     |
| 5.電磁調理器              | 11.ホットプレート |
| 6.電気ポット              | 12.その他( )  |

A5c. その家では飲み水は何を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1.公営の水道(家庭用浄水器なし)
- 2.公営の水道(家庭用浄水器付き)
- 3.井戸水(家庭用浄水器なし)
- 4.井戸水(家庭用浄水器付き)
- 5.ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

このお子さんのお母さんについてお尋ねします。

B1. 現在、何か仕事をされていますか。6ヶ月以内にやめられた場合には、「はい」とお答えください。

1. はい
2. いいえ

B2. このお子さんが生まれる2年前から出産まで( 年 月 ~ 年 月 )何か仕事をされていましたか。

1. はい
2. いいえ

B1. およびB2. のいずれも「いいえ」のときはB11.へ

このお子さんが生まれる前2年間の仕事と、現在の仕事について、下の表のB3からB6の欄にご記入ください。B6については以下の選択肢の中からお答えください。B7.は空欄のままで結構です。会社や所属が同じでも、仕事の内容が変わった場合には、それぞれお答えください。

B6.	従業の形態
	1. 常勤で勤めている 2. パートで勤めている 3. 自営業(農林水産業を含む)を営んでいる 4. 自営業主の家族として働いている 5. 内職をしている 6. その他(会社役員など)

B3. どこで働いていましたか (会社名、サービスや製品の種類)	B4. どのような仕事でしたか (仕事の名称や作業の内容)	B5. 働いていた期間	B6. 従業の形態	B7. 仕事の種類
出産 2年前から 出産まで		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
現在		年 月から 年 月まで		
(例)自動車修理工場	自動車の修理や塗装	平成 5年11月から 平成 6年 3月まで	1	
(例)XX株式会社	一般事務	平成 7年 4月から 平成11年 3月まで	2	

B8. このお子さんを妊娠中、仕事でつぎのものを扱ったりそれが周りにある環境で働いていましたか。

	はい	いいえ	不明	例
a. 化学物質	1.	2.	3.	有機溶剤、塗料、染料、鉛・マンガ、農薬
b. 粉じん	1.	2.	3.	
c. ヒューム(煙・ガス)	1.	2.	3.	燃焼・加熱 化学反応で発生、溶接作業
d. 石油及び精製油	1.	2.	3.	石油、ガソリン、灯油、機械油
e. 放射線	1.	2.	3.	非破壊検査、医療検査、原子力発電
f. 大きな電流を使用する機械、電線	1.	2.	3.	電気釜、溶接機械、ミン、高圧電流
g. 無線	1.	2.	3.	航空、船舶、自動車などの無線通信

B9. このお子さんを妊娠中に仕事をしていたとき、仕事場までの主な通勤手段はなんですか。

- |       |           |
|-------|-----------|
| 1.鉄道  | 4.自転車・バイク |
| 2.バス  | 5.徒歩      |
| 3.自動車 | 6.その他     |

B10. このお子さんを妊娠中に仕事をしていたとき、タバコの煙が漂う室内職場に1日平均どれくらいいましたか。

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1.まったくいなかった | 3.1時間～4時間未満 |
| 2.1時間未満     | 4.4時間以上     |

B11. 小学校・中学校を含めて、学校には全部で何年行きましたか。

年

このお子さんのお父さんについてお尋ねします

B12. 現在、何か仕事をされていますか。6ヶ月以内にやめられた場合には、「はい」とお答えください。

1. はい
2. いいえ

B13. このお子さんが生まれる2年前から出産まで( 年 月 ~ 年 月 )何か仕事をされていましたか。

1. はい
2. いいえ

B12. およびB13. のいずれも「いいえ」のときはB21.へ

このお子さんが生まれる前2年間の仕事と、現在の仕事について、下の表のB14からB17の欄にご記入ください。B17は以下の選択肢の中からお答えください。B18.は空欄のまま結構です。会社や所属が同じでも、仕事の内容が変わった場合には、それぞれお答えください。

B17.	従業の形態
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 常勤で勤めている</li> <li>2. パートで勤めている</li> <li>3. 自営業(農林水産業を含む)を営んでいる</li> <li>4. 自営業主の家族として働いている</li> <li>5. 内職をしている</li> <li>6. その他(会社役員など)</li> </ol>

B14. どこで働いていましたか (会社名、サービスや製品の種類)	B15. どのような仕事でしたか (仕事の名称や作業の内容)	B16. 働いていた期間	B17. 従業の形態	B18. 仕事の種類
出産前年 出産まで		年 月 から 年 月 まで		
		年 月 から 年 月 まで		
		年 月 から 年 月 まで		
現在		年 月 から 年 月 まで		
(例)自動車修理工場	自動車の修理や塗装	平成5年11月から 平成6年3月まで	1	
(例)XX株式会社	一般事務	平成7年4月から 平成11年3月まで	1	

B19. このお子さんが生まれる2年前から10ヶ月前( 年 月 ~ 年 月 )まで、仕事でつぎのものを扱ったり、それが周りにある環境で働いていましたか。

はい いいえ 不明

例

- |                    |    |    |                         |
|--------------------|----|----|-------------------------|
| a. 化学物質            | 1. | 2. | 3. 有機溶剤、塗料、染料、鉛・マンガノ、農薬 |
| b. 粉じん             | 1. | 2. | 3.                      |
| c. ヒューム(煙・ガス)      | 1. | 2. | 3. 燃焼・加熱・化学反応で発生、溶接作業   |
| d. 石油及び精製油         | 1. | 2. | 3. 石油、ガソリン、灯油、機械油       |
| e. 放射線             | 1. | 2. | 3. 非破壊検査、医療検査、原子力発電     |
| f. 大きな電流を使用する機械、電線 | 1. | 2. | 3. 電気釜、溶接機械、ミン、高圧電流     |
| g. 無線              | 1. | 2. | 3. 航空、船舶、自動車などの無線通信     |

B20. お父さんの仕事についての質問(B14からB19)には、どのようにお答えいただきましたか。

1. お父さん自身が記入した。またはお父さんに尋ねて記入した。
2. お父さんには確認せずに記入した。

B21. 小学校・中学校を含めて、学校には全部で何年行きましたか。

年

# こどもの生活環境と健康影響の全国調査

## 生活行動等に関する質問票 ver.2

お子さん	ふりがな 氏名					
	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
被調査者	ふりがな 氏名				続柄	
連絡先住所					TEL	
ID番号						
面接者			同行者			
面接日	) 年 月 日 (		面接場所	1.自宅 2.病院		
面接開始時刻	時 分		同席者	1.父親 2.祖父母		
面接終了時刻	時 分					

## 面接の際の注意事項

- ・この質問票は症例および対照共通です。
- ・質問は原則として対象児の母親に対するものです。
- ・質問は問診調査マニュアルにしたがって進めてください。
- ・記入には3色ボールペンを使用する。初めの記入は黒ボールペンとし、訂正は赤ボールペンで行う。さらに、訂正する場合は青ボールペンを用いてください。
- ・質問票で「このお子さん」と書いてある箇所は兄弟姉妹との勘違いを防ぐために、2ページ以降、名前で言い換えてください。例えば、「一郎君のお父さんについてお尋ねします。」
- ・網掛けをしている欄は面接後にコード化して記入するものです。
- ・年の記入は原則として西暦とします。回答が年号の場合はそのまま記入し、面接後西暦に変換してもかまいません。ただし、年号の聞き取りは確実に行ってください。

このお子さんを妊娠中に使用していた電気器具についておたずねします。

C1. 妊娠中に次の器具を使用しましたか(カード)		C2. 使用していたのは妊娠期間中の何ヶ月間ですか	C3. 使用していた期間中の使用頻度はどれくらいでしたか(カード)	C4. 使用していた時期は妊娠中のいつ頃ですか。(カード) (使用期間が6ヶ月以下の場合)
電気毛布 ついとん	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
ホットカーペット	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
電気あんか	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
電動ミシン	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
ヘアードライヤー、ヘアーカール(自宅や美容院で)	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
超音波加湿器	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
ヘッドフォンを使うラジオ、カセット CD、MDプレイヤー	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
ウォーターベッドヒーター	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
電気掃除機	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期
電気便座(ウォッシュレットなど)	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.妊娠前期 2.妊娠中期 3.妊娠後期

C5. このお子さんを妊娠している間、睡眠中は枕元に時計やラジオなどの電気製品をおいていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はC8.へ

C6. それらの電源は何でしたか。

- 1.電池式
- 2.交流式(コンセントをつかうもの)

C7. その時計はデジタル表示でしたか、長針 短針式(文字盤)でしたか。

- 1.デジタル
- 2.長針 短針式(文字盤)

C8. このお子さんの妊娠中、電子レンジを使用しましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はC10.へ

C9. 平均どれくらい使用しましたか。(カード )

- 1.1日二回以上
- 2.1日一回くらい
- 3.週に少なくとも一回以上
- 4.週に一回未満

C10. このお子さんの妊娠中、テレビ番組を見たり ビデオをみたり テレビゲームをしましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はC14.へ

C11. 平均どれくらいの時間でしたか。(カード )

- 1.1日に
- 2.1週間に  時間  分
- 3.1ヶ月に

C12. このお子さんの妊娠中に、最もよくテレビをみたのはどんなときでしたか。

- 1.テレビ放送をみる
- 2.ビデオをみる
- 3.テレビゲームをする

C13. そのテレビは普通どれくらい離れてみていましたか。(カード )

- 1.1m未満
- 2.1m～2m未満
- 3.2m以上

C14. このお子さんの妊娠中に、自宅や職場などで、パソコンやモニター付きのコンピューター端末を使用しましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はC17.へ

C15. 平均どれくらいの時間でしたか。(カード )

- 1.1日に
- 2.1週間に  時間  分
- 3.1ヶ月に

C16. 最もよく使っていたコンピューターのモニター・ディスプレイはカラーでしたか、白黒でしたか、液晶でしたか。

- 1.カラーブラウン管
- 2.白黒ブラウン管
- 3.液晶ディスプレイ

C17. このお子さんの妊娠中に、携帯電話やPHSを使っていましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の場合はD1.へ

C18. その携帯電話やPHSはどの程度使用していましたか。(カード )

1. ほとんど毎日
2. 週1回以上
3. 週1回未満
4. めったに使わなかった

C19. 使用していたのは妊娠期間中の何ヶ月間でしたか。

ヶ月間

C20. 使用していた時期は妊娠中のいつ頃でしたか。(使用期間が6ヶ月以下の場合。カード )

1. 妊娠前期
2. 妊娠中期
3. 妊娠後期

このお子さんが生まれてから、お子さんが使用していた電気器具についておたずねします。

出産から基準月までの期間 (  年  月から  年  月まで )

(基準月は調査前に調査管理者がそれぞれの対象者について指示をします。)

D1. このお子さんが生まれてから、次の器具を使用しましたか。(カード)		D2. 使い始めたのはお子さんが何歳の時からですか。		D3. 現在も使っていますか、使うのを止めたのは何歳の時ですか。		D4. 使っていたとき、お子さんが睡眠中に電源をつけていましたか。		D5. どれぐらいの期間使っていましたか。		D6. 使用していた期間中の使用頻度はどれぐらいでしたか。(カード)		D7. どれぐらいの時間使用していましたか。(カード)	
電気毛布 ふとん	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
ホットカーペット	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
電気あんか	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
ウォーターベッドヒーター	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
超音波加湿器	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
ヘアードライヤー、ヘアカラー	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	X	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分						
お子さんの寝室の照明	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分 3.寝ている間ずっと						

D1. このお子さんが生まれてから、次の器具を使用しましたか。(カード)	D2. 使い始めたのはお子さんが何歳の時からですか。	D3. 現在も使っていますか、使うのを止めたのは何歳の時ですか。	D4. 使っていたとき、お子さんが睡眠中に電源をつけていましたか。	D5. どれぐらいの期間使っていましたか。	D6. 使用していた期間中の使用頻度はどれぐらいでしたか。(カード)	D7. どれぐらいの時間使用していましたか。(カード)
ヘッドフォンを使うラジオ、カセットCD、MDプレイヤー 1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	X	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
ヘッドフォンを使わないステレオ・ラジオカセット 1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/> 年間 または <input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.1日に 2.1週間に <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分

D8. このお子さんは、テレビ番組を見たりビデオをみたりテレビゲームをしましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はD14.へ

D9. 平均どれぐらいの時間でしたか。(カード)

- 1.1日に  
2.1週間に 時間 分  
3.1ヶ月に

D10. そのテレビは普通どれぐらい離れてみていましたか。(カード)

- 1.1m未満  
2.1m～2m未満  
3.2m以上

D11. このお子さんはテレビにつないでテレビゲームをしましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はD14.へ

D12. このお子さんは何歳からテレビゲームをやりましたか。

歳

D13. このお子さんは現在もテレビゲームをしていますか、止めたとしたら、いつ止めましたか。

歳

88.まだ続けている

D14. このお子さんは、睡眠中に枕元に時計やラジオなどの電気製品をおいていましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はD17.へ

D15. それらの電源は何でしたか。

- 1.電池式  
2.交流式(コンセントをつかうもの)

D16. その時計はデジタル表示ですか、長針短針式(文字盤)でしたか。

- 1.デジタル  
2.長針短針式(文字盤)

D17. このお子さんは、自宅や学校でパソコンやモニター付きのコンピューター端末を使用しましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はD23.へ

D18. 平均どれくらいの時間でしたか。(カード )

- 1.1日に
- 2.1週間に 時間分
- 3.1ヶ月に

D19. このお子さんは何歳からパソコンを使い始めましたか。

歳

D20. このお子さんは現在もパソコンを使っていますか、使うのを止めたとしたら、いつ止めましたか。

歳

88.まだ続けている

D21. 最もよく使っていたコンピューターのモニターはカラーでしたか、白黒でしたか、液晶でしたか。

- 1.カラーブラウン管
- 2.白黒ブラウン管
- 3.液晶ディスプレイ

D22. 平均どれくらいの時間でしたか。(カード )

- 1.1日に
- 2.1週間に 時間分
- 3.1ヶ月に

D23. このお子さんは携帯電話やPHSを使っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE1.へ

D24. その携帯電話やPHSはどの程度使用していましたか。(カード )

- 1.ほとんど毎日
- 2.週1回以上
- 3.週1回未満
- 4.めったに使わなかった

D25. 使い始めたのはお子さんが何歳の時からでしたか。

歳

このお子さんの妊娠中から基準月（ 年 月）まで、家の中や庭であなたやあなたの家族が  
使った殺虫剤などの薬品についておたずねします。

E1. このお子さんを妊娠中から基準月（ 年 月）まで、家のシロアリ駆除など業者に害虫駆除を  
やってもらったことがありましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の時はE4.へ

E2. それは何回でしたか。

回

E3. それはこのお子さんの妊娠中でしたか。

1. はい
2. いいえ

E4. このお子さんを妊娠中から基準月（ 年 月）まで、屋内でバルサンやアースジェットのような  
薫蒸式殺虫剤くんじょうを使ったことがありましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の時はE6.へ

E5. 使用頻度はどれくらいでしたか。（カード ）

1. 年に1回程度
2. 月に1回未満
3. 月に1回以上

E6. このお子さんを妊娠中から基準月（ 年 月）まで、あなたの寝室のダンス、押入、クローゼット  
で衣類用防虫剤を使っていましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の時はE8.へ

E7. どんな種類の防虫剤でしたか。（カード25）

1. パラゾール
2. 樟脳（しょうのう）
3. ナフタリン
4. その他（商品名： \_\_\_\_\_）

E8. このお子さんの寝室のダンス、押入、クローゼットで衣類用防虫剤を使っていましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の時はE10.へ

E9. どんな種類の防虫剤でしたか。（カード25）

1. パラゾール
2. 樟脳（しょうのう）
3. ナフタリン
4. その他（商品名： \_\_\_\_\_）

E10. このお子さんを妊娠中から基準月（ 年 月）まで、毛髪染めを使ったことがありましたか。

1. はい
2. いいえ

「いいえ」の時はE13.へ

E11. 使用頻度はどれくらいでしたか。（カード ）

1. 月に1回未満
2. 月に1回程度
3. 月に2回以上

E12. このお子さんの妊娠中も使っていましたか。

1. はい
2. いいえ

E13. このお子さんを妊娠中に次の殺虫に薬品を使いましたか(カード)	害虫名	E14. 使ったのは誰ですか	E15. どんな種類の薬品ですか	E16. 使用していた期間はどれくらいでしたか	E17. 使用頻度はどれくらいでしたか(カード)	E18. それを使ったのは屋内ですか、屋外ですか
ゴキブリ ダニ ハエ カ ハチ ガ ネズミ モグラ ノミ シラミ その他 ( )		1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月一回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方
		1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月一回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方
		1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月一回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方
		1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月一回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方
		1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月一回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方

植木や植物に使った薬品についておたずねします。(農業従事者が使用する農薬も含む)

E19. 妊娠中から基準月(年月)に次の薬品を使いましたか	E20. 使ったのは誰ですか	E21. どんな種類の薬品ですか	E22. 使用していた期間はどれくらいでしたか	E23. 使用頻度はどれくらいでしたか(カード)	E24. それを使ったのは屋内ですか、屋外ですか	
除草剤	1.はい 2.いいえ	1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	X
植物の殺虫剤、殺菌剤	1.はい 2.いいえ	1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方
その他の園芸用や農業用の薬品	1.はい 2.いいえ	1.あなた自身 2.家族 3.専門業者	1.スプレー 2.噴霧 3.粉末 4.その他	<input type="text"/> ヶ月間	1.毎日 2.週に少なくとも1回以上 3.週に1回未満 4.月に1回未満	1.屋内 2.屋外 3.両方

このお子さんが生まれてから基準月（ 年 月から 年 月）まで、このお子さん自身やお子さんのためにあなたやあなたの家族が使った殺虫剤などの薬品についておたずねします。

F1. この期間（ ）にこのお子さんは虫除けスプレーなど皮膚の虫除けを使用しましたか。  
 1. はい  
 2. いいえ

F2. どれぐらいの頻度で使っていましたか。（カード ）  
 1. 毎日  
 2. 週に少なくとも1回以上  
 3. 週に1回未満  
 4. ハイキングなどの外出行事の時だけ

「4」の時はF4.へ

F3. どれぐらいの期間使っていましたか。  
ヶ月間

F4. この期間にこのお子さんは皮膚 髪 の毛用のシラミ駆除剤を使用しましたか。  
 1. はい  
 2. いいえ

「1」「2」「3」の時はF6.へ

F5. それはお子さんが何歳の頃でしたか。  
 1. 1歳未満  
 2. 1～2歳  
 3. 3～5歳  
 4. 6～9歳  
 5. 10～14歳

F6. お宅ではペットを飼っていましたか。（カード）	ペット名	F7. そのペットにノミ・シラミ駆除剤（駆除用首輪など）やその他の薬剤を使用しましたか。	F8. 薬剤の種類	F9. 使用していた期間はどれぐらいでしたか	F10. 使用頻度はどれぐらいでしたか（カード）
犬		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
ネコ		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
小鳥		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
ハムスター		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
は虫類		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
その他 ( )		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満
		1. はい 2. いいえ		<input type="text"/> ヶ月間	1. 毎日 2. 週に少なくとも1回以上 3. 週に1回未満 4. 月に1回未満

G1. このお子さんの妊娠中や妊娠する前3ヶ月の間に、自動車の運転をしましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時は G3.へ

G2. どれくらいの頻度でガソリンスタンドに行きましたか。(カード )

- 1.1日に
- 2.1週間に 回
- 3.1ヶ月に
- 4.1年に

G3. このお子さんを妊娠する以前はタバコを吸っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時は G5.へ

G4. その時タバコは1日何本ぐらい吸いましたか。

1日 本

G5. このお子さんの妊娠中にタバコを吸いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時は G7.へ

G6. 妊娠中にタバコは1日何本ぐらい吸いましたか。

1日 本

G7. このお子さんが生まれてからタバコを吸いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時は G9.へ

G8. その時タバコは1日何本ぐらい吸いましたか。

1日 本

G9. ご家族または同居者の方で、現在タバコを吸う人がいますか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時は G12.へ

G10. 家族または同居者の方は、このお子さんをあなたが妊娠中に、あなたと一緒にいる時に、タバコを吸いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

G11. 家族または同居者の方は、このお子さんが生まれてから、お子さんと一緒にいる時に、タバコを吸いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

G12. 普段お酒を飲みますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

G13. このお子さんを妊娠中にお酒を飲みましたか。(カード )

- 1. ほとんど毎日
- 2. 週 3~ 4回
- 3. 週 1~ 2回
- 4. 月 1~ 2回
- 5. 月 1回未満
- 6. いいえ

「いいえ」の時は H1.へ

G14. それぞれ平均でどれぐらいの量を飲みましたか。

酒の種類 (カード )	1回に飲む平均的な量	飲む頻度 (カード )
ビール	<input type="text"/> 本 (大瓶換算)	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ
日本酒	<input type="text"/> 合	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ
焼酎	<input type="text"/> 合	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ
ウイスキー	<input type="text"/> 杯 (シングル換算)	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ
ワイン	<input type="text"/> 杯	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ
その他	<input type="text"/>	1. ほとんど毎日 2. 週 3~ 4回 3. 週 1~ 2回 4. 月 1~ 2回 5. 月 1回未満 6. いいえ

このお子さんを妊娠中のことや出産についてお尋ねします。

母子健康手帳 (有 無)

H1. このお子さんの妊娠中に病気に罹<sup>かか</sup>りましたか。

1. はい
2. いいえ

病名：

H2. このお子さんの妊娠中に次のような検査を受けましたか。(カード )

1. X線検査
2. MR検査
3. CTスキャン
4. 受けていない

H3. このお子さんの妊娠中に次の薬を飲みましたか。(カード )

1. かせ薬
2. 睡眠薬
5. その他 ( )
6. 飲んでいない

3. 胃腸薬
4. 抗アレルギー薬

H4. このお子さんの出生時体重はいくらですか。

 グラム

H5. このお子さんは何週齢で生まれましたか

 週

H6. このお子さんを妊娠する以前に自然流産をしたことがありますか。

1. はい
2. いいえ

このお子さんの乳児期の栄養についてお尋ねします。

11. このお子さんは母乳を飲んだことがありますか。

1. はい
2. いいえ

「11. 1.」の時は 13.へ

12. 何歳何ヶ月で母乳をやめましたか。

 歳  ヶ月

88. まだ母乳を飲んでいる
96. 母乳を飲んだのは1週間未満

13. このお子さんは人工ミルクを飲んだことがありますか。

1. はい
2. いいえ

「11. 2.」の時は 16.へ

14. 最初に飲んだのは何歳何ヶ月の時でしたか。

 歳  ヶ月


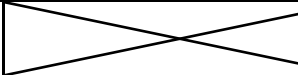


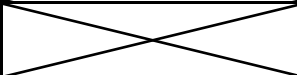
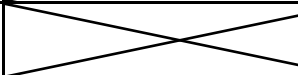


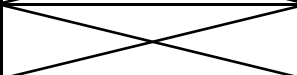
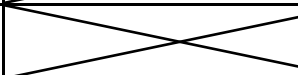


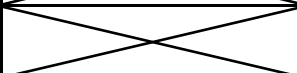
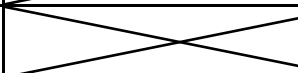


96. 1週間未満

15. 人工ミルクを作るとき、水はいつも煮沸したのを使用しましたか。もしくは、ミネラルウォーター・ナチュラルウォーターを使用しましたか。

1. 煮沸した水
2. 煮沸しない水
3. ミネラルウォーター・ナチュラルウォーター
4. ミルク調合用の市販の水

このお子さんの病気についてお尋ねします。(以下のページを質問するときは母子健康手帳を用意し

てもらう)

16. 生後12ヶ月までにこの症状や病気に罹りましたか。(カード)		17. 生後12ヶ月までにその病気に何回くらい罹りましたか。(カード21)		18. 生後1年から基準月( )までの期間、次の症状や病気に罹りましたか。(カード)		19. 生後1年から基準月( )までの期間、その病気に何回くらい罹りましたか。(カード21)	
(18.と19.は1歳未満のお子さんのときは省略する)							
とびひ、しらくも	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
アトピー性皮膚炎	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
中耳炎	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
鼻水を伴う風邪	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
気管支炎、肺炎	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
下痢、嘔吐	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.はい 2.いいえ	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと	1.1回だけ 2.2~4回 3.5~10回 4.それ以上 5.いつもずっと
三日はしか、風疹 <small>ふうしん</small>	1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		
はしか	1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		
水疱瘡 <small>みずぼうそう</small>	1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		
おたふくかぜ	1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		1.はい 2.いいえ		

110. このお子さんは次の予防接種を受けたことがありますか。受けたのは何歳のときですか。または、何年何月ですか。複数回予防接種を受けた場合は初回のものについてお答え下さい。(カード22)

(1) ポリオ (小児まひ)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(2) 三種混合、二種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(3) ましん (はしか)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(4) <sup>ふんしん</sup> 風疹 (三日はしか)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(5) MMR (はしか、 <sup>ふんしん</sup> 風疹、おたふくかぜ)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(6) 二種混合 (はしか、 <sup>ふんしん</sup> 風疹)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(7) おたふくかぜ	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(8) 水疱瘡	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(9) 日本脳炎	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない
(10) 結核 (BCG)	1.はい	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 (      年      月 )	2. いいえ	3. わからない

このお子さんの妊娠中から基準月（ 年 月）までのご家族の趣味についておたずねします。

J1. ご家族でつぎのような趣味を持っている方がいますか (カード23)		J2. だれがそれをして手伝ったりしましたか	J3. どれくらいの頻度でしたか (カード24)	J4. 一回にどれくらいの時間しましたか
模型・プラモデル組立	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
日曜大工	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
シンナーなどの有機溶剤をつかう油絵などの美術工芸	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
テレビ、ラジオなどの電気製品の組立・修理	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
自動車修理 保守	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
アマチュア無線	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
エレキギター、キーボードなどの電気楽器演奏	1. はい 2. いいえ	1. このお子さんの母親 2. このお子さんの父親 3. このお子さん 4. その他 ( )	1. 1日に 2. 1週間に <input type="text"/> 回 3. 1ヶ月に 4. たまに	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分

# こどもの生活環境と健康影響の全国調査

お子さんの氏名 <small>ふりがな</small>				男・女
お子さんの生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日生
記入者氏名 <small>ふりがな</small> (原則としてお母さん)				続柄
連絡先住所				電話
ID番号				

記入に際してのお願い

この調査はお名前を記入しているお子さんと原則としてそのお母さんに対してお願いをしています。以下の質問で、「このお子さん」と書かれている場合には、そのお子さんに関することをお尋ねしています。ご兄弟姉妹がいらっしゃる場合には混同しないようご注意ください。

質問の内容についてはできるだけ詳しく、正確にお答えください。

質問には、黒色のエンピツまたはボールペンを用いて次のように答えてください。

- ・ 回答番号の記入：複数の選択肢に  をつけてもかまいません」とただし書きがあるところ以外は、選択肢のなかから最も当てはまる番号をひとつ選んで  印をつけてください。
- ・ 数字の記入： の中に記入して下さい。
- ・ 文字の記入：(  )には文字を記入して下さい。

網掛け  がしてある箇所は記入する必要はありません。当方で記入する欄です。

質問項目の中でわからないことばや質問がありましたら、その質問番号に×印をつけて下さい。

ご家族についてお尋ねします。このお子さんの兄弟姉妹、ご両親、祖父母についてお答えください。  
 (兄弟姉妹は年長者からご記入ください。このお子さん本人は除きます。)

このお子さんは何人兄弟姉妹の何番目ですか。  人兄弟姉妹の  番目

続柄	年齢	性別	同居の有無	次の病気にかかったことはありますか。
父	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
母	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
兄弟姉妹	<input type="text"/> 歳	男・女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
父方祖父	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
父方祖母	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
母方祖父	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]
母方祖母	<input type="text"/> 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居・別居・死別 (死亡時年齢: <input type="text"/> )	胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん、子宮がん、白血病、リンパ腫、その他のがん [ <input type="text"/> ]

居住歴

このお子さんを妊娠中の居住歴をお尋ねします。このお子さんを妊娠中に1ヶ月以上里帰りをしていたり、入院をしていた場合にはその住所についてもご記入ください。

妊娠中のお母さんの居住歴

妊娠期間 年月 から 年月 (出産)まで

	期間	住所 (番地まで詳細に)
妊娠中 居住歴 1	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
妊娠中 居住歴 2	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
里帰り (1カ月 以上の 場合)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
入院 (1カ月 以上の 場合)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市

出産後のこのお子さんの居住歴 出産から現在まで

	期間	住所 (番地まで詳細に)
出産後 居住歴 1	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区市
出産後 居住歴 2	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡
出産後 居住歴 3	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡
出産後 居住歴 4	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡
出産後 居住歴 5	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	〒 <input type="text"/> 都道 <input type="text"/> 郡

### 居住家屋の構造等に関する質問

現在の家屋、妊娠中最も長く居住していた家屋、ならびに出産後から現在まで最も長く居住していた家屋それぞれについてご記入ください。

#### (その1) 現在の家屋

出産後居住歴 \_\_\_\_\_

A1a. その家の構造はつぎのどれですか。

- 1.木造一戸建て
- 2.鉄筋(鉄骨)一戸建て
- 3.木造の集合住宅(アパート等)
- 4.鉄筋(鉄骨)の集合住宅(アパート、マンション等)
- 5.その他( )

A2a. その家は何年に建てられましたか。

- 1.築10年以内(具体的に: 年)
- 2.1980年代
- 3.1970年代
- 4.1960年代以前
- 99.わからない

A3a. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありますか。

階建ての 階

A4a. 家の台所では次の電化製品を使っていますか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| 1.電気炊飯器(電磁式、IH式)     | 7.食器洗い機    |
| 2.電気炊飯器(直接加熱式、ヒーター式) | 8.食器乾燥機    |
| 3.電子レンジ              | 9.冷蔵庫      |
| 4.電気オーブン             | 10.テレビ     |
| 5.電磁調理器              | 11.ホットプレート |
| 6.電気ポット              | 12.その他( )  |

A5a. 家では飲み水は何を使っていますか。(複数の選択肢に  をつけてもかまいません)

- 1.公営の水道(家庭用浄水器なし)
- 2.公営の水道(家庭用浄水器付き)
- 3.井戸水(家庭用浄水器なし)
- 4.井戸水(家庭用浄水器付き)
- 5.ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

(その2) 妊娠中に最も長く居住していた家屋 (現在の家屋と同じ時は記入を省略してください。)

妊娠中居住歴

A1b. その家の構造はつぎのどれですか。

- 1.木造一戸建て
- 2.鉄筋 (鉄骨)一戸建て
- 3.木造の集合住宅 (アパート等)
- 4.鉄筋 (鉄骨)の集合住宅 (アパート、マンション等)
- 5.その他 ( )

A2b. その家は何年に建てられましたか。

- 1.築10年以内 (具体的に :  年)
- 2.1980年代
- 3.1970年代
- 4.1960年代以前
- 99.わからない

A3b. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありましたか。

階建ての  階

A4b. その家の台所では次の電化製品を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1.電気炊飯器 (電磁式、IH式)     | 7.食器洗い機    |
| 2.電気炊飯器 (直接加熱式、ヒーター式) | 8.食器乾燥機    |
| 3.電子レンジ               | 9.冷蔵庫      |
| 4.電気オーブン              | 10.テレビ     |
| 5.電磁調理器               | 11.ホットプレート |
| 6.電気ポット               | 12.その他 ( ) |

A5b. その家では飲み水は何を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1.公営の水道 (家庭用浄水器なし)
- 2.公営の水道 (家庭用浄水器付き)
- 3.井戸水 (家庭用浄水器なし)
- 4.井戸水 (家庭用浄水器付き)
- 5.ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

(その3)このお子さんの出産後に最も長く居住していた家屋 (先に回答した家屋と同じ時は省略してください)

出産後居住歴 \_\_\_\_\_

A1c. その家の構造はつぎのどれですか。

- 1.木造一戸建て
- 2.鉄筋 (鉄骨)一戸建て
- 3.木造の集合住宅 (アパート等)
- 4.鉄筋 (鉄骨)の集合住宅 (アパート、マンション等)
- 5.その他 ( )

A2c. その家は何年に建てられましたか。

- 1.築10年以内 (具体的に  年)
- 2.1980年代
- 3.1970年代
- 4.1960年代以前
- 99.わからない

A3c. アパートやマンションの場合、その家は何階建ての何階にありましたか。

階建ての  階

A4c. その家の台所では次の電化製品を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1.電気炊飯器 (電磁式、IH式)     | 7.食器洗い機    |
| 2.電気炊飯器 (直接加熱式、ヒーター式) | 8.食器乾燥機    |
| 3.電子レンジ               | 9.冷蔵庫      |
| 4.電気オーブン              | 10.テレビ     |
| 5.電磁調理器               | 11.ホットプレート |
| 6.電気ポット               | 12.その他 ( ) |

A5c. その家では飲み水は何を使っていましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1.公営の水道 (家庭用浄水器なし)
- 2.公営の水道 (家庭用浄水器付き)
- 3.井戸水 (家庭用浄水器なし)
- 4.井戸水 (家庭用浄水器付き)
- 5.ボトルのミネラルウォーター・ナチュラルウォーターのみ

このお子さんのお母さんについてお尋ねします。

B1. 現在、何か仕事をされていますか。6ヶ月以内にやめられた場合には、「はい」とお答えください。

- 1.はい
- 2.いいえ

B2. このお子さんが生まれる2年前から出産まで( 年 月 ~ 年 月 )何か仕事をされていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

B1.およびB2.のいずれも「いいえ」のときはB10.へ

このお子さんが生まれる前2年間の仕事と、現在の仕事について、下の表のB3からB6の欄にご記入ください。B6については以下の選択肢の中からお答えください。B7.は空欄のままです。会社や所属が同じでも、仕事の内容が変わった場合には、それぞれお答えください。

B6.	従業の形態
	1. 常勤で勤めている 2. パートで勤めている 3. 自営業 (農林水産業を含む) を営んでいる 4. 自営業主の家族として働いている 5. 内職をしている 6. その他 (会社役員など)

B3. どこで働いていましたか (会社名、サービスや製品の種類)	B4. どのような仕事でしたか (仕事の名称や作業の内容)	B5. 働いていた期間	B6. 従業の形態	B7. 仕事の種類
出 出 産 産 二 二 年 年 前 前 か 前 ら 前 から		年 月 日から		
		年 月 日から		
		年 月 日から		
現在		年 月 日から		
(例)自動車修理工場	自動車の修理や塗装	平成 5年11月から 平成 6年 3月まで	1	
(例)XX株式会社	一般事務	平成 7年 4月から 平成11年 3月まで	2	

B8. このお子さんを妊娠中、仕事でつぎのものを扱ったり、それが周りにある環境で働いていましたか。

	はい	いいえ	不明	例
a.化学物質	1.	2.	3.	有機溶剤、塗料、染料、鉛・マンガ、農
b.粉じん	1.	2.	3.	薬
c.ヒューム(煙・ガス)	1.	2.	3.	
d.石油及び精製油	1.	2.	3.	燃焼・加熱 化学反応で発生、溶接作
e.放射線	1.	2.	3.	業
f.大きな電流を使用する機械、電線	1.	2.	3.	石油、ガソリン、灯油、機械油
	1.	2.	3.	非破壊検査、医療検査、原子力発電

B9. このお子さんを妊娠中に仕事をしていたとき、タバコの煙が漂う室内職場に1日平均どれくらいいましたか。

- 1.まったくいなかった      3.1時間～4時間未満  
2.1時間未満                  4.4時間以上

B10. 小学校・中学校を含めて、お母さんは学校には全部で何年行きましたか。

年

このお子さんのお父さんについてお尋ねします

B11. 現在、何か仕事をされていますか。6ヶ月以内にやめられた場合には、「はい」とお答えください。

- 1.はい  
2.いいえ

B12. このお子さんが生まれる2年前から出産まで( 年 月～ 年 月)何か仕事をされていましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

B11.およびB12.のいずれも「いいえ」のときはB19.へ

このお子さんが生まれる前2年間の仕事と、現在の仕事について、下の表のB13からB16の欄にご記入ください。B16は以下の選択肢の中からお答えください。B17.は空欄のままです。会社や所属が同じでも、仕事の内容が変わった場合には、それぞれお答えください。

B16.	従業の形態
	1. 常勤で勤めている 2. パートで勤めている 3. 自営業(農林水産業を含む)を営んでいる 4. 自営業主の家族として働いている 5. 内職をしている 6. その他(会社役員など)

B13. どこで働いていましたか (会社名、サービスや製品の種類)	B14. どのような仕事でしたか (仕事の名称や作業の内容)	B15. 働いていた期間	B16. 従業の形態	B17. 仕事の種類
出産 一年前 から 出産 まで		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
		年 月から 年 月まで		
現在		年 月から 年 月まで		
(例)自動車修理工場	自動車の修理や塗装	平成 5年 11月から 平成 6年 3月まで	1	

(例)XX株式会社	一般事務	平成 7年 4月から 平成 11年 3月まで	1	
-----------	------	---------------------------	---	--

B18. このお子さんが生まれる2年前から10ヶ月前( 年 月 ~ 年 月)まで、仕事でつぎのものを扱ったり、それが周りにある環境で働いていましたか。

	はい	いいえ	不明	例
a.化学物質	1.	2.	3.	有機溶剤、塗料、染料、鉛・マンガ、農
b.粉じん	1.	2.	3.	薬
c.ヒューム(煙・ガス)	1.	2.	3.	
d.石油及び精製油	1.	2.	3.	燃焼・加熱・化学反応で発生、溶接作
e.放射線	1.	2.	3.	業
f.大きな電流を使用する機械、電線	1.	2.	3.	石油、ガソリン、灯油、機械油
g.無線	1.	2.	3.	非破壊検査、医療検査、原子力発電

B19. 小学校・中学校を含めて、お父さんは学校には全部で何年行きましたか。

年

このお子さんを妊娠中に使用していた電気器具についておたずねします。

C1. 妊娠中に次の器具を使用しましたか

- |                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 電気毛布 ふとん                     | 1.はい<br>2.いいえ |
| ホットカーペット                     | 1.はい<br>2.いいえ |
| 電気あんか                        | 1.はい<br>2.いいえ |
| 電動ミシン                        | 1.はい<br>2.いいえ |
| ヘアードライヤー、ヘアークーラー (自宅や美容院で)   | 1.はい<br>2.いいえ |
| 超音波加湿器                       | 1.はい<br>2.いいえ |
| ヘッドフォンを使うラジオ、カセット、CD、MDプレイヤー | 1.はい<br>2.いいえ |
| ウォーターベッドヒーター                 | 1.はい<br>2.いいえ |
| 電気掃除機                        | 1.はい<br>2.いいえ |
| 電気便座 (ウォッシュレットなど)            | 1.はい<br>2.いいえ |

C2. このお子さんを妊娠している間、睡眠中は枕元に時計やラジオなどの電気製品をおいていましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はC4.へ

C3. それらの電源は何でしたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1.電池式  
2.交流式 (コンセントをつかうもの)

C4. このお子さんの妊娠中、電子レンジを使用しましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はC6.へ

C5. 平均どれぐらい使用しましたか。

- 1.1日二回以上  
2.1日一回ぐらい  
3.週に少なくとも一回以上  
4.週に一回未満

C6. このお子さんの妊娠中、テレビ番組を見たり、ビデオをみたり、テレビゲームをしましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はC8.へ

C7. 平均どれぐらいの時間でしたか。

- 1.1日に
- 2.1週間に 時間 分
- 3.1ヶ月に

C8. このお子さんの妊娠中に、自宅や職場などで、パソコンやモニター付きのコンピューター端末を  
使いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はC10.へ

C9. 平均どれぐらいの時間でしたか。

- 1.1日に
- 2.1週間に 時間 分
- 3.1ヶ月に

C10. このお子さんの妊娠中に、携帯電話やPHSを使っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はD1.へ

C11. その携帯電話やPHSはどの程度使用していましたか。

- 1.ほとんど毎日
- 2.週1回以上
- 3.週1回未満
- 4.めったに使わなかった

このお子さんが生まれてから、 年 月まで、お子さん自身、もしくはお子さんのためにご家族が使用していた電気器具についておたずねします。

D1. このお子さんは、次の器具を使用しましたか。		D2. 使い始めたのはお子さんが何歳の時からですか。		D3. 現在も使っていますか、使うのを止めたのは何歳の時ですか。
電気毛布 つとん	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
ホットカーペット	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
電気あんか	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
ウォーターベッドヒーター	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
超音波加湿器	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
ヘアードライヤー、ヘアークーラー	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
お子さんの寝室の照明	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
ヘッドフォンを使うラジオ、カセット、CD、MDプレイヤー	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している
ヘッドフォンを使わないステレオ、ラジカセ	1.はい 2.いいえ	<input type="text"/>	歳 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 歳 88.まだ使用している

D4. このお子さんは、テレビ番組を見たり、ビデオをみたり、テレビゲームをしましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はD9へ

D5. 平均どれぐらいの時間でしたか。

- 1.1日に  
2.1週間に  時間  分  
3.1ヶ月に

D6. このお子さんはテレビにつないでテレビゲームをしましたか。

- 1.はい  
2.いいえ

「いいえ」の時はD9へ

D7. このお子さんは何歳からテレビゲームをやり始めましたか。

歳

D8. このお子さんは現在もテレビゲームをしていますか、止めたとしたら、いつ止めましたか。

歳

88.まだ続けている

D9. このお子さんは、睡眠中に枕元に時計やラジオなどの電気製品をおいていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はD11.へ

D10. それらの電源は何でしたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1.電池式
- 2.交流式(コンセントをつかうもの)

D11. このお子さんは、自宅や学校でパソコンを使っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はD15.へ

D12. 平均どれぐらいの時間でしたか。

1.1日に

2.1週間に  時間  分

3.1ヶ月に

D13. このお子さんは何歳からパソコンを使い始めましたか。

歳

D14. このお子さんは現在もパソコンを使っていますか、使うのを止めたとしたら、いつ止めましたか。

歳

88.まだ続けている

D15. このお子さんは携帯電話やPHSを使っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE1.へ

D16. その携帯電話やPHSはどの程度使用していましたか。

- 1.ほとんど毎日
- 2.週1回以上
- 3.週1回未満
- 4.めったに使わなかった

D17. 使い始めたのはお子さんが何歳の時からでしたか。

歳

このお子さんの妊娠中から 年 月まで、家の中や庭であなたやあなたの家族が使った殺虫剤などの薬品についておたずねします。

E1. この期間に、家のシロアリ駆除など業者に害虫駆除をやってもらったことがありましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE4.へ

E2. それは何回でしたか。

回

E3. それはこのお子さんの妊娠中でしたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

E4. この期間に、屋内でバルサンやアースジェットのような薫蒸式殺虫剤を使ったことがありましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE6.へ

E5. 使用頻度はどれくらいでしたか。

- 1.年に1回程度
- 2.月に1回未満
- 3.月に1回以上

E6. この期間に、あなたは毛髪染め(ヘアカラー)を使ったことがありましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE9.へ

E7. 使用頻度はどれくらいでしたか。

- 1.月に1回未満
- 2.月に1回程度
- 3.月に2回以上

E8. このお子さんの妊娠中も使っていましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

E9. このお子さんは虫除けスプレーなど皮膚の虫除けを使いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はE12.へ

E10. どれくらいの頻度で使っていましたか。

- 1.毎日
- 2.週に少なくとも1回以上
- 3.週に1回未満
- 4.ハイキングなどの外出行事の時だけ

E12. このお子さんは皮膚・髪用のシロアリ駆除剤を使いましたか。

- 1.はい
- 2.いいえ

「いいえ」の時はG1.へ

E13. それはお子さんが何歳の頃でしたか。

- |        |          |
|--------|----------|
| 1.1歳未満 | 4.6～9歳   |
| 2.1～2歳 | 5.10～14歳 |
| 3.3～5歳 |          |

あなたやご家族の喫煙や飲酒についておたずねします。

G1. このお子さんを妊娠する以前はあなたはタバコを吸っていましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

G2. このお子さんの妊娠中にあなたはタバコを吸いましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

「いいえ」の時は G4.へ

G3. このお子さんの妊娠中にあなたはタバコを1日何本ぐらい吸いましたか。

1日  本

G4. このお子さんが生まれてからあなたはタバコを吸いましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

「いいえ」の時は G6.へ

G5. その時あなたはタバコを1日何本ぐらい吸いましたか。

1日  本

G6. ご家族または同居者の方で、現在タバコを吸う人がいますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

「いいえ」の時は G9.へ

G7. 家族または同居者の方は、このお子さんをあなたが妊娠中に、あなたと一緒にいる時に、タバコを吸いましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

G8. 家族または同居者の方は、このお子さんが生まれてから、お子さんと一緒にいる時に、タバコを吸いましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

G9. あなたは普段お酒を飲みますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

G10. あなたはこのお子さんを妊娠中にお酒を飲みましたか。

- 1. ほとんど毎日
- 2. 週 3~ 4回
- 3. 週 1~ 2回
- 4. 月 1~ 2回
- 5. 月 1回未満
- 6. いいえ

このお子さんを妊娠中のことや出産についてお尋ねします。できるだけ母子健康手帳をみてお答えください。

H1. このお子さんの妊娠中に病気に罹りましたか。

- 1. はい
- 2. いいえ

病名：

H2. このお子さんの妊娠中に次のような検査を受けましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1. X線検査
- 2. MR 検査
- 3. CTスキャン
- 4. 受けていない

H3. このお子さんの妊娠中に次の薬を飲みましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1. かぜ薬
- 2. 睡眠薬
- 3. 胃腸薬
- 4. 抗アレルギー薬
- 5. その他 ( )
- 6. 飲んでいない

H4. このお子さんの出生時体重はいくらですか。

グラム

H5. このお子さんは何週齢で生まれましたか

週

H6. このお子さんを妊娠する以前に自然流産をしたことがありますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

このお子さんの乳児期の栄養や病気についてお尋ねします。

I1. このお子さんは母乳を飲んだことがありますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

「いいえ」の時は 13.へ

I2. 何歳何ヶ月で母乳をやめましたか。

歳  ヶ月      88. まだ母乳を飲んでいる  
96. 母乳を飲んだのは1週間未満

I3. このお子さんは人工ヨレクを飲んだことがありますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

「いいえ」の時は 終了です。

I4. 最初に飲んだのは何歳何ヶ月の時でしたか。

歳  ヶ月      96. 1週間未満

I5. 人工ヨレクを作るとき、水はいつも煮沸したものを使用しましたか。もしくは、ミネラルウォーター・ナチュラルウォーターを使用しましたか。(複数の選択肢に をつけてもかまいません)

- 1. 煮沸した水
- 2. 煮沸しない水
- 3. ミネラルウォーター・ナチュラルウォーター
- 4. ヨレク調合用の市販の水

I6. このお子さんはこれまでに1カ月以上入院したことがありますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

病名：