

2 世帯員（ご家族）全員の状況についてお聞かせください。… 当てはまるものにチェック（☑）してください。… 「氏名」・「世帯主との続柄」・「職業」・「生年月日（年齢）」など、記入欄があるものは記入してください。

氏名 (性別)	1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
世帯主との続柄	世帯主										
職業											
生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)								
体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 大変良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> とても悪い		<input type="checkbox"/> 大変良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> とても悪い								
今までに大きな病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)								
今かかっている病気はありますか。 (また、女性の方は妊娠の有無もお聞かせください。)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> 妊娠中) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> 妊娠中) <input type="checkbox"/> その他 ()								
今かかっている病気を治療していますか。 (病にかかっている方のみ)	<input type="checkbox"/> 治療中(病院) <input type="checkbox"/> 震災により治療が中断している <input type="checkbox"/> 体調が良く、治療の必要がない		<input type="checkbox"/> 治療中(病院) <input type="checkbox"/> 震災により治療が中断している <input type="checkbox"/> 体調が良く、治療の必要がない								
こころの問題についてお聞きします。 過去30日間に、どれくらいの頻度で右のことがありましたか。 全ての項目の当てはまる所に○をつけてください。	項目 \ 頻度	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある
	神経過敏に感じる										
	絶望的だと感じる										
	そわそわ、落ち着かなく感じる										
	気分が沈み込んで、何が起っても気が晴れない感じがする										
	何をしても骨折りと感じる										
自分は価値のない人間だと感じる											
睡眠・食欲・飲酒等について、当てはまるものはありますか。	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 何もする気になれない <input type="checkbox"/> 朝から飲酒することがある		<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 何もする気になれない <input type="checkbox"/> 朝から飲酒することがある								
震災前に比べて、日頃の生活で体を動かす機会はどうなりましたか。	<input type="checkbox"/> とても少なくなった <input type="checkbox"/> 少なくなった <input type="checkbox"/> 変化なし(もともと少なかった) <input type="checkbox"/> 変化なし(よく動いている) <input type="checkbox"/> 増えた		<input type="checkbox"/> とても少なくなった <input type="checkbox"/> 少なくなった <input type="checkbox"/> 変化なし(もともと少なかった) <input type="checkbox"/> 変化なし(よく動いている) <input type="checkbox"/> 増えた								
介護保険を受けていますか。 (「はい」の場合には、該当する要介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (要支援 要介護 1 2 3 4 5)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (要支援 要介護 1 2 3 4 5)								
障害者手帳をお持ちですか。 (「はい」の場合には、該当する等級を記入または○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (身体 知的 精神 級 A・B)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (身体 知的 精神 級 A・B)								
お悩みを相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ								

氏名 (性別)	3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
世帯主との続柄											
職業											
生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)								
体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 大変良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> とても悪い		<input type="checkbox"/> 大変良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> とても悪い								
今までに大きな病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)								
今かかっている病気はありますか。 (また、女性の方は妊娠の有無もお聞かせください。)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> 妊娠中) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> 妊娠中) <input type="checkbox"/> その他 ()								
今かかっている病気を治療していますか。 (病にかかっている方のみ)	<input type="checkbox"/> 治療中(病院) <input type="checkbox"/> 震災により治療が中断している <input type="checkbox"/> 体調が良く、治療の必要がない		<input type="checkbox"/> 治療中(病院) <input type="checkbox"/> 震災により治療が中断している <input type="checkbox"/> 体調が良く、治療の必要がない								
こころの問題についてお聞きします。 過去30日間に、どれくらいの頻度で右のことがありましたか。 全ての項目の当てはまる所に○をつけてください。	項目 \ 頻度	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある	全くない	少しだけある	時々ある	たいていある	いつもある
	神経過敏に感じる										
	絶望的だと感じる										
	そわそわ、落ち着かなく感じる										
	気分が沈み込んで、何が起っても気が晴れない感じがする										
	何をしても骨折りと感じる										
自分は価値のない人間だと感じる											
睡眠・食欲・飲酒等について、当てはまるものはありますか。	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 何もする気になれない <input type="checkbox"/> 朝から飲酒することがある		<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 何もする気になれない <input type="checkbox"/> 朝から飲酒することがある								
震災前に比べて、日頃の生活で体を動かす機会はどうなりましたか。	<input type="checkbox"/> とても少なくなった <input type="checkbox"/> 少なくなった <input type="checkbox"/> 変化なし(もともと少なかった) <input type="checkbox"/> 変化なし(よく動いている) <input type="checkbox"/> 増えた		<input type="checkbox"/> とても少なくなった <input type="checkbox"/> 少なくなった <input type="checkbox"/> 変化なし(もともと少なかった) <input type="checkbox"/> 変化なし(よく動いている) <input type="checkbox"/> 増えた								
介護保険を受けていますか。 (「はい」の場合には、該当する要介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (要支援 要介護 1 2 3 4 5)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (要支援 要介護 1 2 3 4 5)								
障害者手帳をお持ちですか。 (「はい」の場合には、該当する等級を記入または○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (身体 知的 精神 級 A・B)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (身体 知的 精神 級 A・B)								
お悩みを相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ								

