

今までに、医師から次の病気があるといわれたり、次の手術を受けましたか？
あてはまるものをすべてマークして下さい。

既往歴

病気がん 胃がん 大腸がん 肺がん 肝がん 乳がん 前立腺がん
 気 循環器疾患 心筋梗塞 狭心症 脳卒中 (脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
 疾患 心不全 心房細動 高血圧 その他の心臓の病気 ()
 その他の疾患 糖尿病 高コレステロール血症 (高脂血症・脂質異常症) 痛風
 ぜんそく 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 慢性気管支炎
 慢性腎不全 (腎透析を含む) 白内障 緑内障
 胃ポリープ 大腸ポリープ 胃かいよう 十二指腸かいよう
 慢性肝炎・肝硬変 胆石 尿管結石・腎結石
 睡眠時無呼吸症候群 (睡眠呼吸障害) うつ病
 腰の骨折 腕か手首の骨折 大腿骨 (太ももの骨) の付け根の骨折
 (骨折は交通事故・転落・労務上の事故を除く)
 上記以外の病気 ()
 内視鏡手術 胃 大腸 その他の部位 ()
 手術 心臓 (バイパス術) 心臓 (弁置換術)
 胃 大腸 肺 肝臓 胆のう (胆石) 乳房 子宮
 卵巣 前立腺 その他の部位 ()

家族の中で次の病気にかかった人はいますか？いくつでもマークして下さい。

家族歴

	実父	実母	兄弟	姉妹	配偶者	子
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性肝炎・肝硬変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃・十二指腸かいよう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前立腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のがん ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたは昨年1年間に、市町村や職場で提供される健診・検診や、個人的に病院などで受ける健診・検診 (人間ドックなど) を受けましたか？

「受けた」と答えた方は、何を受けたか、あてはまるものすべてにマークして下さい。

受けた 受けていない

↓
 定期健康診断・一般住民健診 (がん検診を除く)
 胃がん検診 肺がん検診 大腸がん検診 子宮がん検診
 乳がん検診 前立腺がん検診 その他のがん検診 ()

記入例)一番上の兄が60歳で胃がん、3番目の兄が59歳で肺がんの場合
 → 一番上の兄は1)の「1. 兄」に○印、3番目の兄は2)の「1. 兄」に○印をつけ、がんにかかった年齢とがんの種類を記入します。

1)どなたが ①.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 60 歳頃: 胃 がん)
 2)どなたが ①.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 59 歳頃: 肺 がん)

家族歴

1)どなたが 1.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 歳頃: がん)
 (診断 歳頃: がん)
 2)どなたが 1.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 歳頃: がん)
 (診断 歳頃: がん)
 3)どなたが 1.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 歳頃: がん)
 (診断 歳頃: がん)
 4)どなたが 1.兄 2.弟 3.姉 4.妹 (診断 歳頃: がん)
 (診断 歳頃: がん)

VIII. あなたの病歴

既往歴

① 次の病気について、かかったことがなければ「1」に、現在かかっている、あるいは治療中 (治療が始まる前の経過観察中もふくむ) の病気については「2」に、現在はなおっているが、今までにかかったことがある (現在は治った、あるいは治ったあとの経過観察も含む) 場合は「3」に○をつけてください。

病名	1. なし	2. 現在かかっている	3. 今までにかかったことがある
1.胃かいよう	1	2	3
2.十二指腸かいよう	1	2	3
3.慢性胃炎	1	2	3
4.大腸ポリープ	1	2	3
5.B型肝炎	1	2	3
6.C型肝炎	1	2	3
7.肝硬変	1	2	3
8.脂肪肝	1	2	3
9.結核	1	2	3
10.気管支喘息	1	2	3
11.慢性気管支炎	1	2	3
12.糖尿病	1	2	3
13.高脂血症	1	2	3
14.高血圧	1	2	3

JPHC_NEXT, J-MICC Study ベースライン調査票比較

【概要:様式,項目数】

JPHC NEXT マークシート, 自由記載, 22ページ, 項目	様式	J-MICC O, 自由記載, 10ページ, 項目
--------------------------------------	----	------------------------------

【項目内容(概要):共通大項目・非共通大項目】

JPHC NEXT	共通	J-MICC
性別, 年齢, 身長, 体重, 学歴, 喫煙, 飲酒, 食生活, 睡眠, 運動, のぼせ, 痔, ビタミン剤, 補善補助食品, 家族歴, 喫煙, 女性器部		
血液型, 腰痛, 生下時体重, 結婚状況, 居住状況, 兄弟姉妹人数, 検診・健診歴, 健康状態, 便通, 歯の本数, 歯周病, 目の症状, 日常生活動作, 介護, IT使用, 職業, 年収	非共通	生年月, 輸血歴

【項目内容(詳細):共通大項目】

JPHC NEXT		J-MICC
O. 基本情報		
性別【男, 女】	性別	1. 男, 2. 女
あなたの年齢は?	年齢	満 歳, 生年月も併記
現在の身長は? ○○○cm (小数点以下は四捨五入)	身長	現在の身長 [] cm
-現在の体重は? ○○○kg (小数点以下は四捨五入)	体重	-現在の体重 [] kg
-1年前の体重は? ○○○kg (小数点以下は四捨五入)		
-20歳の頃の体重は? ○○○kg (小数点以下は四捨五入)		-20歳頃のおよその体重 約 [] kg
I. 喫煙		
生まれてからこれまでに, 合計して少なくとも100本以上のたばこを吸っていますか→はい 現在たばこを吸っていますか→吸っている 可能(吸い始めた年齢) 一日に吸う本数(本/日)	現在喫煙	あなたはたばこを吸いますか→吸う 可能(習慣的に吸い始めた年齢) 一日に吸う本数 平均(本/日)
生まれてからこれまでに, 合計して少なくとも100本以上のたばこを吸っていますか→はい 現在たばこを吸っていませんか→やめた 可能(やめた年齢・吸い始めた年齢) あり(本/日)	過去喫煙	あなたはたばこを吸いますか→やめた 可能(年 ヶ月前にやめた) あり(本/日)
生まれてからこれまでに合計少なくとも100本以上のたばこを吸っていませんか→いいえ	非喫煙	未記入は非喫煙(吸う・やめたの2択しかない)
家庭や職場やお店などで他人のたばこの煙を吸う機会(1時間以上) -現在(ほとんどない・月1-3日・週1-4日・ほとんど毎日) -30歳の頃(ほとんどない・月1-3日・週1-4日・ほとんど毎日) -10歳の頃(ほとんどない・月1-3日・週1-4日・ほとんど毎日)	受動喫煙	家庭・職場などで他人のたばこの煙を吸われること -最近1年間(ほぼ毎日6時間以上・ほぼ毎日4-6時間・ほぼ毎日2-4時間 ほぼ毎日2時間以内・ときどきあるいはほとんどない) -10年前(ほぼ毎日6時間以上・ほぼ毎日4-6時間・ほぼ毎日2-4時間 ほぼ毎日2時間以内・ときどきあるいはほとんどない)
II. 飲酒		
現在, お酒を飲みますか→飲む 1日に飲む, もっとも普通の組み合わせ (ほとんど飲まない・1-3日/月・1-2/週・3-4/週・5-6/週・毎日) 全体として 日本酒(合), 焼酎・泡盛(原液で 合[チューハイ350ml缶=0.7合]), ビール(発泡酒) (大瓶 本=中ビン+500ml缶0.8本, 小瓶または350ml缶=0.6本), ウイスキー・ブランデー (シングル 杯), ワイン(グラス 杯), その他	現在飲酒 エタノール量 頻度 種類と量	あなたはアルコール(お酒)類を飲みますか(1ヶ月に1回以上)→飲む 現在飲んでいる方のこの1年間の平均の飲み方 種類として(ほとんど飲まない・1-3日/月・1-2/週・3-4/週・5-6/週・毎日) 全体として(毎日・5-6日/週・3-4日/週・1-2日/週・1-3日/月) 日本酒(合), 焼酎(梅酒も含む)(原液で 合), チューハイ(杯), ビール・発泡酒(大瓶・中ビンまたは500ml缶・350ml缶・250ml缶または それ以下), ウイスキー(シングル 杯+ダブル 杯), ワイン(杯)
現在, お酒を飲みますか→やめた やめた年齢あり(飲みはじめ年齢なし) 3杯 現在飲酒者と同様にあり	過去飲酒 時期 理由 エタノール量	あなたはアルコール(お酒)類を飲みますか(1ヶ月に1回以上)→やめた 年 ヶ月前にやめた, 飲みはじめ年齢あり -
現在, お酒を飲みますか→飲まない	非飲酒	あなたはアルコール(お酒)類を飲みますか(1ヶ月に1回以上) →ほとんど(全く)飲まない
現在, ビール1杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありますか 飲み始めた頃の1, 2年は, ビール1杯程度の少量の飲酒で, すぐ顔が赤くなる 体質がありますか(はい・いいえ・わからない)	flushing	
III. 睡眠		
昨年1年間, 睡眠は通常どのくらいとっていましたが(6時間以下, 6時間, 7時間, 7時間, 8時間, 8時間, 9時間, 10時間以上)	睡眠時間	普段1日の平均睡眠時間 およそ 時間
昨年1年間 通常の就寝時刻(午後7時頃以前, 8時頃, 9時頃, 10時頃, 11時頃 午前0時頃, 1時頃, 2時頃, 3時頃, 夜勤などがあり不規則)	規則性	寝る時刻, 起きる時刻の規則性(だいたい規則的/不規則)
過去1ヶ月, 寝床についてから30分以内に眠れなかったこと 過去1ヶ月, 夜間または早朝に目が覚めたこと 過去1ヶ月, 朝起きたときにひどく疲れた感じ (ほとんどない, 週に1回未満, 週に1-2回間に3-4回, 週に5-6回, ほぼ毎日)	睡眠の質	日ごとの睡眠はあなたにとって十分だと思いますか(十分だと思う, やや足りない, 足りない, 分からない)
過去1ヶ月, 寝るための事(前房事や市販薬)を服用しましたか(なし, 週に1回未満, 週に1-2回, 週に3-4回, 週に5-6回, ほぼ毎日)	睡眠薬	服用のところで
以下の症状ありますか(夜間に息が苦しくて目が覚める, 咳や痰が続いたり, 呼吸を するとゼーゼーする, 夕方以降に足がむくむ, いずれもない) いびきをかきますか(ほぼ毎日, ときどき, かない, わからない) 睡眠中に呼吸が止まるというわかれたことがありますか(ほぼ毎日, ときどき, 全くない, 分からない)	症状	
IV. 運動		
昨年1年間, 通常時期の(通勤・仕事・家事を含む, 余暇は含めない)1日の時間の内訳 [力のいる作業をしている時間・歩いている時間・立っている時間・座っている時間・ なかった, 1時間未満, 1時間以上3時間未満, 3時間以上5時間未満, 5時間以上 7時間未満, 7時間以上9時間未満, 9時間以上11時間未満, 11時間以上]	通常時	普段(通勤・仕事・家事を含む)1日の体を動かす時間の内訳 (力作業の時間・歩いている時間・立っている時間・座っている時間・なかった, 1時間未満, 1時間以上3時間未満, 3時間以上5時間未満, 5時間以上7時間未満, 7時間以上9時間未満, 9時間以上11時間未満, 11時間以上)
余暇での体の動かし方 昨年, 次のことを行う頻度と1回あたりの時間 -散歩などゆっくり歩く -ウォーキングなど早足で歩く -ゴルフ, ゲートボール, 軽い走りなどの軽・中程度の運動 -テニス, ジョウロウ, エアロビクス, 水泳などの激しい運動 頻度: 月に1回未満, 1-3回, 週1-2回, 週3-4回, 週5回以上 時間: 30分未満, 30-59分, 1-2時間未満, 2-3時間未満, 3-4時間未満, 4時間以上	余暇時	休日や時間のあるときどの程度の運動をどのくらいしているのが, 頻度と時間 -息が弾まない程度(犬の散歩, ウォーキング, ハイキング, 体操, ゴルフ, 趣味の軽仕事など) -息が弾むが軽すぎる程度(軽いジョギング, 水泳, スキー, 軽い球技, ダンスな -非常に息が弾み, 軽がでない程度の運動(格闘技, 激しい球技, マラソンなど) 頻度: 月に1回未満, 1-3回, 週1-2回, 週3-4回, 週5回以上 時間: 30分未満, 30-59分, 1-2時間未満, 2-3時間未満, 3-4時間未満, 4時間以上
	理由	余暇運動をすべしと回答した方の理由(病氣や身体の障害, 運動が嫌い, 時間がない, 面倒, 理由なし, 他)

→JPHC-NEXTとJ-MICC研究互換
表の作成