

※これは見本です。このファイルを印刷して
ご回答いただくことはできません。また、
お送りしている実物とは余白のサイズ等、
レイアウトが若干異なる箇所があります。

< 調査票 >

※お手紙をお送りした宛名のご本人様にご記入いただき（ご本人様が記入することが困難な場合は、保護者の方がご記入ください）、同封の返信用封筒で平成27年9月30日までにご返送ください。（切手は必要ありません）

この調査は無記名ですので、記入した方が特定されることはありません。
調査票には氏名等の個人情報を記入しないようお願いいたします。
ご回答いただいた内容は統計的な処理にのみ用いられます。

調査票は全部で7ページあります

ご記入いただく前に、回答される方についていずれかに✓をつけてください。

本人が記入

本人が保護者に相談しながら記入

保護者が記入

年齢に関する質問

質問1. あなたの生年月日にあてはまるものに✓をつけてください。

（保護者の方が回答される場合は、お子さまの生年月日）

① 平成6年4月2日から平成7年4月1日

② 平成7年4月2日から平成8年4月1日

③ 平成8年4月2日から平成9年4月1日

④ 平成9年4月2日から平成10年4月1日

⑤ 平成10年4月2日から平成11年4月1日

⑥ 平成11年4月2日から平成12年4月1日

⑦ 平成12年4月2日から平成13年4月1日

身体の症状に関する質問

※経験したことがある症状についてご回答ください。

質問2. 小学校6年生から現在までの間に、以下のような症状を経験したことがありますか。

経験したことがある症状の「なし」・「あり」に✓をつけて、症状が「あり」の場合、経験したことがある症状について、症状の始まった時期などをご回答ください。ただし、風邪をひいて頭が痛かったなど、原因がはっきりしている一時的な症状は「あり」に含めないでください。

※時期が正確にわからない場合、年だけの記入でも結構です

症状／なし・あり	いつ頃から症状が始まりましたか	病院を受診しましたか	現在も症状がありますか
① 月経不順 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
② 月経量の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
③ 関節やからだが痛む <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
④ ひどく頭が痛い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑤ 身体がだるい <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑥ すぐ疲れる <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑦ 集中できない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑧ 視野の異常（暗くなる・狭くなるなど） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない

症状／なし・あり		いつ頃から症状が 始まりましたか	病院を受診 しましたか	現在も症状がありますか
⑨ 光を異常にまぶしく感じる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑩ 視力が急に低下した	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑪ めまいがする	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑫ 足が冷たい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑬ なかなか眠れない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑭ 異常に長く寝てしまう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑮ 皮膚が荒れてきた(湿疹・イボなど)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑯ 過呼吸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑰ 物覚えが悪くなった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑱ 簡単な計算ができなくなった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑲ 簡単な漢字が思い出せなくなった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑳ 身体が自分の意思に反して動く	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない

症状／なし・あり		いつ頃から症状が始まりましたか	病院を受診しましたか	現在も症状がありますか
⑲ 普通に歩けなくなった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
⑳ 杖や車いすが必要になった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
㉑ 突然力が抜ける	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
㉒ 手や足に力が入らない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
㉓ その他 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない
㉔ その他 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成__年__月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない

その他の症状について㉓・㉔について記載しきれない場合、具体的にお書きください。

質問3. 質問2でいずれかの症状の経験があると答えた方にお聞きします。
その症状のために学校生活、クラブ活動、就職などに影響がありましたか。

(1) 学校での勉学への影響

<input type="checkbox"/> 影響があった (①～⑥は複数回答可)	<input type="checkbox"/> 影響はなかった	
<input type="checkbox"/> ① 欠席した (頻度: <input type="checkbox"/> 週2～3回以上、 <input type="checkbox"/> 週1回程度、 <input type="checkbox"/> 月2～3回程度、 <input type="checkbox"/> 月1回以下)		原因となった症状: ()
<input type="checkbox"/> ② 遅刻した (頻度: <input type="checkbox"/> 週2～3回以上、 <input type="checkbox"/> 週1回程度、 <input type="checkbox"/> 月2～3回程度、 <input type="checkbox"/> 月1回以下)		原因となった症状: ()
<input type="checkbox"/> ③ 早退した (頻度: <input type="checkbox"/> 週2～3回以上、 <input type="checkbox"/> 週1回程度、 <input type="checkbox"/> 月2～3回程度、 <input type="checkbox"/> 月1回以下)		原因となった症状: ()
<input type="checkbox"/> ④ 留年した		原因となった症状: ()
<input type="checkbox"/> ⑤ 退学した		原因となった症状: ()
<input type="checkbox"/> ⑥ 進路変更した		原因となった症状: ()

→ 2～4ページの症状一覧の中から影響した症状を番号で記入してください

(2) 勉学以外の活動 (クラブ活動など) への影響

影響があった 影響はなかった

→ 2～4ページの症状一覧の中から影響した症状を番号で記入してください

原因となった症状: ()

(3) 就職、就業への影響

影響があった 影響はなかった 就職、就業は検討していない

→ 2～4ページの症状一覧の中から影響した症状を番号で記入してください

原因となった症状: ()

学校生活、クラブ活動、就職などに影響があったことについて、よろしければ具体的にお書きください。

これまで接種したワクチンについておたずねします。

質問4. 小学校6年生以降に以下のワクチンを受けたことがありますか？

接種を受けたことのあるワクチンの「なし」・「あり」に✓をつけて、「あり」の場合、そのワクチンについて接種を受けた時期をご記入ください。(別紙のワクチン一覧を参考にしてください)

ワクチンの種類／なし・あり		接種を受けた時期 ※時期が正確にわからない場合は年だけの記入でも結構です	
①	子宮頸がん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	1回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない 2回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない 3回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
②	日本脳炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	1回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない 2回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない 3回目 平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
③	ジフテリア・破傷風混合 (DTワクチン) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
④	麻しん(はしか)・風しん混合 (MRワクチン) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
⑤	麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
⑥	風しん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
⑦	インフルエンザ (最も最近接種したもの) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ほとんど毎年受けている	
⑧	その他(ワクチン名: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	
⑨	種類は覚えていないが何かの予防接種を受けた (最も最近接種したもの) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	平成____年____月頃 <input type="checkbox"/> わからない	

質問5. 質問4で子宮頸がんワクチンを接種したことがあると答えた方にお聞きします。

(1) 子宮頸がんワクチンには2種類の製品がありますが、どちらを接種しましたか。

① サーバリックス (2価ワクチン)

② ガーダシル (4価ワクチン)

③ わからない

※2種類のワクチンについては、別紙のワクチン一覧に解説を記載しています。

(2) 接種を1回または2回で止めた方は、なぜ途中で止めましたか(複数回答可)

① 思ったより注射が痛かったから

② 受けた後に副反応(副作用)が出たから

③ 副反応(副作用)の報道を見て心配になったから

④ その他 ()

質問6. その他、ご意見等ございましたらご記入ください。

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

※ご協力いただきました調査の結果は、平成27年12月に公表する予定です。

(アンケートに関するお問い合わせ先)

名古屋市予防接種電話相談窓口 052-972-3969

受付時間：午前9時から午後5時30分まで（土日・祝日・年末年始を除く）

※この回答用紙は無記名（匿名）ですので、ご記入いただいた内容について名古屋市から連絡することはできません。

副反応等について相談したいことがある方は、お近くの保健所へご連絡ください。

千種保健所	052-753-1982	昭和保健所	052-735-3964	守山保健所	052-796-4623
東保健所	052-934-1218	瑞穂保健所	052-837-3264	緑保健所	052-891-3623
北保健所	052-917-6552	熱田保健所	052-683-9683	名東保健所	052-778-3114
西保健所	052-523-4618	中川保健所	052-363-4463	天白保健所	052-807-3912
中村保健所	052-481-2295	港保健所	052-651-6537		
中保健所	052-265-2262	南保健所	052-614-2814		

受付時間：午前8時45分から午後5時15分まで（土日・祝日・年末年始を除く）