

令和4年度 小児生活習慣病予防アンケート

～ Webアンケートの回答マニュアルについて～

(仮) 令和4年度6月

Webアンケートの注意点

- 本アンケートについては、Googleフォームを利用したWebアンケートとなります。（Google Workspace）
- **児童の基礎情報は、正しく入力してください。アンケート結果については、基礎情報に登録されました学校名・学年・学級・氏名を元に学校を經由して回答いたします。**
- アンケートは1名つき1回答とします。
- GoogleフォームのURL（Webアドレス）については、ご案内文書に記載されております。また、スマートフォン・タブレットで回答できるようQRコードも記載しておりますので併せてのご利用をお願いいたします。
- Webアンケートの結果については、回答後すぐに結果が表示されません。いただきました回答をもとにリスク評価し、専門医師による判定にて結果となります。その為、アンケート結果の回答までには時間が掛かりますことご了承下さい。



令和4年度 生活習慣病予防アンケート

川西市では、健康な将来を築くための予防検診の位置付けとして市内小学4年生を対象に標記アンケートを実施しております。

6月5日（金）までにご回答下さるようご協力お願い致します。

※このアンケートの結果は、個人情報保護法に基づきまして本事業以外には一切使用致しません。

※ 秘密厳守いたしますので出来るだけ正確にご入力お願い致します。

※ また、医学の発展に役立つ新しい成果が得られた場合には、学会や学術誌などで個人情報を削除した形で発表となりますことご了承下さい。

※ WEBアンケートの回答簡易マニュアルを作成しておりますので、ご一読のほど宜しくお願い申し上げます。

https://plrd.kawamed.or.jp/r04_questionnaire/

※ 紙面でのアンケート回答の場合は下記URLよりPDFファイルを印刷し回答を記入した後、下記の提出先まで郵送していただきますようお願い申し上げます。

https://plrd.kawamed.or.jp/wp-content/uploads/2022/05/r04_questionnaire.pdf

提出先

〒666-0016

川西市中央町12-2 川西市保健センター2階

一般社団法人 川西市医師会

小児生活習慣病担当者 宛

今回のアンケートに参加する*

参加する (WEBアンケートにて回答)

参加しない

次へ

1/6 ページ

フォームをクリア

1) 生活習慣病予防アンケート (1 / 6)

ここでは、WEBアンケートに参加の有無を確認します。

参加する場合は、

“参加する (WEBアンケートにて回答)” を選択し、「次へ」を押します。

参加しない場合は、

“参加しない” を選択します。

※ 紙面でのアンケート回答を希望の方は、PDFファイルをダウンロード・印刷し印刷したものを郵送して下さい。

※ 紙面でのアンケート回答を予定の方は、そのままブラウザを閉じる もしくは、参加しない を選択します。

基本情報の登録

ここでは、基本情報（学校名、学年、学級、番号、氏名、性別、身長、体重）の登録を行います。
また、現在の医療機関への通院状況を確認しております。

※ この情報をもとにアンケート結果を学校を通してお渡しいたします。
そのため、学校名・学年・学級・番号・氏名等正しく入力しているかもう一度ご確認をお願いします。

小学校名を選択して下さい *



選択

学年を選択して下さい *



選択

学級（組・クラス）を選択して下さい *



選択

番号を入力して下さい *



回答を入力

氏名を入力して下さい *

検査を受ける人（小学生）のお名前を入力してください



回答を入力

2) 生活習慣病予防アンケート（2 / 6）

ここでは、基本情報（小学校名、学年、学級、番号、氏名、性別、身長、体重、通院の有無）を入力します。

小学校名、学年、学級は選択式です。
クリックして該当のものを選択して下さい。
番号については、半角数字にて直接入力します。

氏名については、漢字もしくはふりがな等にて入力します。

2) 生活習慣病予防アンケート (2 / 6)

性別を選択して下さい*

性別により標準体重が異なりますので、ご注意下さい。「その他」を選択した場合、男性の値を利用いたします。

- 男性
- 女性
- その他

※ 身長・体重の入力について ※

※ 4月に学校で行われた身体測定の結果を参考にご記入ください。

身長*

数値 (cm) の入力をお願いします。(132cm なら 132 と入力します)

回答を入力

体重*

数値 (kg) の入力をお願いします。(32.4kg なら 32.4 と入力します)

回答を入力

現在、小児生活習慣病 (肥満・糖尿病・高血圧、動脈硬化など) 関連で、医療機関に通っておりますか？*

※ 医療機関へ通院中であれば治療中な為、本アンケートについては終了となります。

- はい
- いいえ

戻る

次へ

2/6 ページ

フォームをクリア

性別を選択します。

※ 標準体重を求める為、正しく入力してください。

身長 (cm) ・体重 (kg) :

半角数字で入力します (小数点の入力可)

※ 標準体重・肥満度を求めるため、正しく入力してください。

通院の有無を確認します。

※ 生活習慣病関連で、医療機関へ通っているのであれば“治療中”であるため、本アンケートについては終了となります。

入力を終えましたら、「次へ」を押します。

3) 生活習慣病予防アンケート (3 / 6)

生活習慣病のリスク評価の為、家族歴の確認を行います。

2親等内（父・母・兄弟・姉妹・祖父・祖母）の方で、高血圧症、高脂血症、狭心症、心筋梗塞、脳卒中、肥満の方がおられるか確認します。

上記該当の場合、「はい」を選択し、「次へ」を押します。

※ 詳細については、次の設問にて回答となります。

該当しない場合、「いいえ」を選択し、「次へ」を押します。

※ 「いいえ」を選択した場合、“本人の生活習慣病及び食生活について”のアンケートへ移動します。

家族歴の確認

肥満から他の病気となるリスク等があります。

家族歴の確認 *

家族（父・母・兄弟・姉妹・祖父・祖母）の方で、高血圧症、高脂血症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、脳卒中、肥満の方がおられますか？

はい

いいえ

戻る **次へ** 3/6 ページ フォームをクリア

4) 生活習慣病予防アンケート (4 / 6)

生活習慣病のリスク評価の為、家族歴の確認を行います。

2親等内（父・母・兄弟・姉妹・祖父・祖母）の方で、高血圧症、高脂血症、狭心症、心筋梗塞、脳卒中、肥満の方がおられる場合、チェックします。

※ 複数チェック可

該当欄へのチェックが済みましたら、「次へ」を押します。

家族歴の確認

肥満から他の病気となるリスク等があります。(家族歴の確認によりリスク評価を行います)

先ほどの設問で「はい」と答えた方は該当する欄にチェックを入力してお答え下さい。

	父	母	兄弟・姉妹	祖父	祖母
高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高脂血症 (高コレステロール血症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋梗塞	<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"/>
肥満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

戻る **次へ** 4/6 ページ フォームをクリア

本人の生活習慣病及び食生活

本人の生活習慣病及び食生活について確認いたします。該当する欄にチェックを入力して下さい。

本人の体型をどう思いますか？

- 太っている
- やせている
- ふつう

兄弟・姉妹の体型はどうですか？

- 太っている
- やせている
- ふつう
- 兄弟・姉妹なし

体を動かすことが好きですか？

- 嫌い
- 好き
- ふつう

何かスポーツをしていますか？

- していない
- している
- たまにする

少し走ったり階段を昇ったりするとどうきや息切れが

- よくする
- あまりない
- わからない

だいたい何時頃に寝ますか？

- 午後11時過ぎ
- 午後10時～11時
- 午後10時より早い

食事は栄養バランスを考えて食べるようにしていますか？

- していない
- している
- わからない

朝食をきちんと食べていますか？

- 食べない
- 食べる
- 食べない日もある

食べるスピードはどうですか？

- 早い
- ゆっくり
- ふつう

スナック菓子やジュース類はどうですか？

- よく食べる
- あまり食べない
- ふつう

寝る前に夜食やおやつを食べますか？

- 食べる
- 食べない
- 時々食べる

戻る

次へ

5/6 ページ

フォームをクリア

5) 生活習慣病予防アンケート (5 / 6)

本人の生活習慣病及び食生活についてのアンケートとなります。

各質問について、該当項目を選択し最後に「次へ」ボタンを押します。

※ 「ふつう」の基準について

保護者の方へ

肥満、食事、生活習慣病、その他について、何かご意見がありましたらお聞かせ下さい。

回答を入力

戻る 送信 6/6 ページ フォームをクリア

6) 生活習慣病予防アンケート (6 / 6)

保護者の方へのアンケートとなります。
肥満、食事、生活習慣病、その他についての記述式となります。

※ 記載事項が無い場合は、そのまま
(空白で) 回答することも可能です。

各質問について、該当項目を選択し最後に
「送信」ボタンを押します。

※ 「送信」ボタンを押しましたら、回答
結果がそのまま送信されます。
見直し・修正等が必要であれば、
「戻る」ボタンを押して確認等します。

※ アンケートの最後に回答を一覧表示する
機能はございませんので、ご注意ください



令和4年度生活習慣病予防アンケート

回答を記録しました。

[別の回答を送信](#)

7) 生活習慣病予防アンケート

お疲れ様でした。

これでアンケートデータの送信が完了いたしました。これでアンケート回答は終了となります。

そのまま、ブラウザを閉じて下さい。

..... 回答に関する質問事項

Q1：アンケートを複数回答した場合はどうなりますか？

A1：複数回答した場合、最新情報として最後に回答したものを採択いたします。

Q2：アンケートの回答結果を修正したい場合、どうすればよろしいでしょうか？

A2：複数回答した場合と同様となりますので、再度ご回答をお願いいたします。

また、Googleフォームを利用しておりますので、Googleアカウントでログインした後に、回答していただきましたら修正することは可能です。