

中間周波帯電磁界の健康影響に関する縦断調査（個人健康状況調査票）

個人調査の回答は Web 上でのみ受け付けております。この質問用紙は Web 調査回答のご参考としてご覧いただくためのものですので、ご返送なさいませんようお願い申し上げます。

Q1. あなたご自身についてお尋ねします。

- 性別： 男 女 答えたくない
- 年齢： 歳
- 身長： cm
- 現在勤務している図書館：
- 最終学歴：中学校 ・ 高校 ・ 短大/専門学校 ・ 大学/大学院



個人調査 QR コード
(こちらからご回答ください)

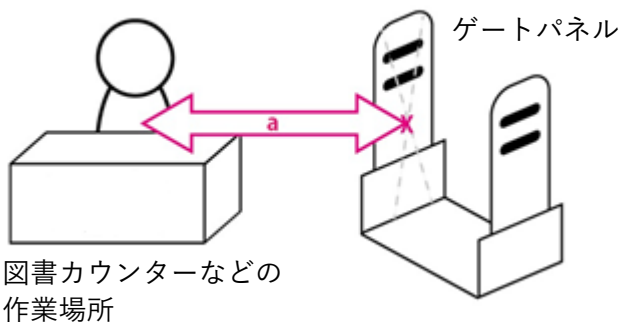
Q2~4. あなたの生活習慣等についてお尋ねします。該当する項目を選択してください。

Q2-1. あなたは煙草を吸ったことがありますか。(少なくとも1日1本6ヶ月以上)
いいえ ・ はい (現在、喫煙している ・ 以前は喫煙していたがやめた)
Q2-2. Q2-1で「はい」の方にお尋ねします。妊娠中に煙草を吸ったことがありますか。
いいえ (→Q3-1) ・ はい (→Q2-3)
Q2-3. Q2-2で「はい」の方にお尋ねします。妊娠中の喫煙の頻度は平均どれくらいですか。
毎日20本以上 ・ 毎日19本以下 ・ 時々(1週間に2-3日) ・ たまに(1か月に2-3日)
Q3-1. 受動喫煙についてお尋ねします。あなたは室内またはこれに準ずる環境において、周囲の人の煙草の煙を定期的に(週1回以上、半年以上)吸い込んだことがありますか。
いいえ (→Q4-1) ・ はい (→Q3-2)
Q3-2. Q3-1で「はい」の方にお尋ねします。それは妊娠中でしたか。
いいえ ・ はい

Q4-1. あなたは飲酒習慣がありますか？(飲酒習慣：少なくとも週に3回以上、1日に日本酒1合以上 [ビールなら500ml以上、ワインなら180ml以上]のアルコール摂取があること)
いいえ (→Q5) ・ はい (→Q4-2) ・ 以前は飲酒していたがやめた (→Q4-2)
Q4-2. 飲酒習慣がある(あった)方にお尋ねします。それは妊娠中も含みますか。
いいえ (→Q5) ・ はい (→Q4-3)
Q4-3. Q4-2で「はい」の方にお尋ねします。妊娠中の飲酒の頻度は平均どれくらいですか。
ほぼ毎日 ・ 時々(1週間に2-3日) ・ たまに(1か月に2-3日)

Q 5~7. 中間周波発生機器の使用状況についてお尋ねします。該当する項目を選択してください。

セキュリティゲート近傍空間の定義 距離 a が 3m 以内



距離 a は職員の臍部（おへその位置）からゲートのパネル中心 X との距離です。

* パネルが 2 枚以上ある場合は、ご自分に近い方のパネルからの距離についてお答えください。

Q5. セキュリティゲートの近傍空間で、現在、週 30 分以上仕事をしていますか。または過去にしていたことがありますか。（最寄りのパネルから 3メートル以内（距離 a）の空間を「ゲート近傍空間」と定義します。）

はい（→Q5-1） ・ いいえ/ゲートはない（→Q6）

Q5-1. 現在お使いのセキュリティゲートから過去にさかのぼってお答えください。（複数台ある場合は作業する場所から最も近いものについてお答えください。現在は使っていないが過去に使用していたものがある場合もお答えください。）

ゲート使用期間：西暦 年 月 から 現在（もしくは年、月）

機種名/製造元（販売代理店）：

1. M-3500 シリーズ（3501, 3502 を含む）/3M
2. M-3800 シリーズ（3801, 3802 を含む）/3M
3. M-2301 シリーズ /3M
4. Tattle Tape Gate シリーズ /Bibliotheca
5. FLR2500・RFID ゲート /Bibliotheca
6. BP2020 /IDEC
7. BP3030 /IDEC
8. IDIT-GT シリーズ（GT2, 3, 4）/ソフエル
9. TR3 シリーズ（G002, 003, 004 など）/タカヤ
10. (U-)LVM-RG シリーズ /内田洋行
11. U-SG シリーズ /FEIG (内田洋行)
12. FANT1400/760, 1690/600, 1770/740 など /FEIG
13. その他の機種（ ）
14. 機種・製造元ともに不明

あなたが作業している場所からゲートまでの距離で最も近いものを選択してください。（距離 a）

0.5m以下 / 0.5-1.0 / 1.0-1.5 / 1.5-2.0 / 2.0-2.5 / 2.5-3.0 / 3m 以上

ゲート近傍空間内（距離 a が 3m 以内）で作業する時間は一週間の平均で何時間くらいですか。

一週間でおよそ _____ 時間/週

作業場所を離れてゲートの外側 50cm 以内に近づいたり、ゲートの内側を通過したりする回数は一週間の平均で何回くらいですか。

一週間の平均でおよそ _____ 回/週

作業する場所から 3m 以内の近傍空間において、前出のもの以外にゲートは何台ありますか。

0 / 1 / 2 / 3 / 4 台

（過去に使用していたゲートがある場合は、最も近くで使用していたものについてお答えください。）

<p>Q6. 図書貸出・返却時に、図書に貼り付けられた磁性タグを帯磁または消磁させる磁気消去再生装置（切替器）を使って仕事をすることがありますか。または、過去に使っていたことはありますか。</p> <p>*バーコード読み取り器は除く *利用者用の機器は除く（職員が使用する機種のみお答えください）</p>	
<p>はい（→Q6-1） ・ いいえ/バーコード読み取り器のみ （→Q7）</p>	
<p>Q6-1. 現在お使いの磁気消去再生装置から過去にさかのぼってお答えください。（複数台ある場合は使用回数が最も多い機種からお答えください。現在は使っていないが過去に使用していたものがある場合もお答えください。）</p>	
<p>使用期間：西暦 年 月 から現在（もしくは年、月）</p>	
<p>機種名/製造元（販売代理店）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. M-930 /3M 2. M-942 /3M 3. M-955 /3M 4. M-966 /3M 5. ABC シリーズ /3M 6. FANT340/240 (U-MR102 シリーズ) /FEIG (内田洋行) 7. (U-)ER200 シリーズ /内田洋行 8. TR3 シリーズ /タカヤ 9. Pals-RC /IDEC 10. ブックベリファイヤー /IDEC 11. オムニプレートイレーサー /IDEC 12. グリップイン再生器 /IDEC 13. IDIT-AS-3 シリーズ /ソフエル 14. IDIT-AS-4 /ソフエル 15. IDIT-RW-2 /ソフエル 16. その他（ ） 17. 機種・製造元ともに不明 	
<p>一週間におよそ何回使用していますか（複数冊を一度に通す場合も1回とカウントし、一週間あたりの平均の本を通す回数をご記入ください。）</p>	<p>およそ _____ 回/週</p>
<p>タグ状態検出スイッチ（タグの磁気状態を検出する機能）の状態はどれが多いですか。</p>	<p>つけている/消している/分からない</p>
<p>磁気消去再生装置を使用している時は、どのような姿勢が多いですか。</p>	<p>座っている/立っている/半分ずつ</p>
<p>（現在お使いの2台目以降の機器についてお答えください。）</p>	
<p>（過去にお使いの機器についてお答えください。）</p>	

Q7. 日常生活における IH 電化製品の使用状況などについてお尋ねします。

<p>あなたは IH 電化製品を、家庭または職場で定期的に（半年以上にわたって週に 30 分以上）利用していますか。20cm 以内の距離で使用している製品についてお答えください。</p>	
1. ビルトイン型 IH クッキングヒーター	はい（→Q7-1）・いいえ
2. IH 炊飯器	はい（→Q7-2）・いいえ
3. 卓上型 IH クッキングヒーター（ホットプレート含む）	はい（→Q7-3）・いいえ
4. いずれも該当せず	→Q8 にお進みください。

Q7-1. ビルトイン型 IH クッキングヒーターの使用歴をご記入ください。		
使用期間	定期利用のうち 20 cm以内の距離で使用している頻度をお答えください。	妊娠中も使用していましたか。
西暦 年 月から現在	<ul style="list-style-type: none"> ・週に 7 時間以上 ・週に 1-7 時間 ・週に 1 時間以下 	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ
Q7-2. IH 炊飯器の使用歴をご記入ください。		
使用期間	定期利用のうち 20 cm以内の距離で使用している頻度をお答えください。	妊娠中も使用していましたか。
西暦 年 月から現在	<ul style="list-style-type: none"> ・週に 7 時間以上 ・週に 1-7 時間 ・週に 1 時間以下 	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ
Q7-3. 卓上型 IH クッキングヒーター（ホットプレート含む）の使用歴をご記入ください。		
使用期間	定期利用のうち 20 cm以内の距離で使用している頻度をお答えください。	妊娠中も使用していましたか。
西暦 年 月から現在	<ul style="list-style-type: none"> ・週に 7 時間以上 ・週に 1-7 時間 ・週に 1 時間以下 	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ

Q8. 図書館以外の施設利用についてお尋ねします。盗難防止装置としてセキュリティゲートが設置されている可能性の高い、商業施設やアウトレットモールなどをどのくらいの頻度で利用していますか。				
<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に数回	<input type="checkbox"/> 月に数回	<input type="checkbox"/> ほとんど利用しない	<input type="checkbox"/> 利用していない

Q9~11 あなたのからだの状態についてお尋ねします

Q9. 下記の病気のうち、 図書館で働き始めてからの疾患 について、受診したことのあるものすべてを選択してください（複数回答可）。「その他」の場合は病名をご記入ください。					
<input type="checkbox"/> いずれも該当せず → 1つでもある方は以下にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 答えたくない					
病名	下記の 1~5 のうちの該当する番号を選択してください（複数回答可）。				
	1.経過観察のみ	2.現在定期的に治療を受けている(薬を飲んでる)	3.過去に定期的に治療を受けていた(薬を飲んでいた)	4.手術を受けた	5.その他、医療以外の治療を受けている
【神経や精神の疾患】					
1 気分障害（うつ）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 頭痛	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4 適応障害	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5 発達障害	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 その他：	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
【生活習慣病】					
7 高血圧	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 糖尿病	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 脳卒中	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 心疾患	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 腎疾患	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 その他：	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

【がん】					
14 乳がん	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15 大腸がん	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16 肺がん	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 その他：	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
【その他】					
18 女性または 男性更年期障害	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 卵巣腫瘍（良性）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 その他 1:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 その他 2:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 その他 3:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Q10. 現在下記の症状がありますか。該当する項目を選択してください（複数回答可）		
1 頭痛	6 手足がむくむ	11 月経不順
2 めまい・立ちくらみ	7 便秘	12 月経過多
3 耳鳴り	8 下痢	13 月経痛
4 腰痛・肩こり	9 手足が冷えやすい	14 不正出血
5 関節痛	10 体重減少	15 不妊
<input type="checkbox"/> いずれも該当せず		

Q11. この一週間のあなたのからだや心の状態についてお尋ねします。各項目について、A～D のあてはまるもの、近いものを一つ選択してお答えください。				
A. 全くない、あったとしても1日続かない / B. 週のうち1-2日 / C. 週のうち3-4日 / D. 週のうち5日以上				
1 普段は何でもないことが煩わしい。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
2 食べたくない。食欲が落ちた。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
3 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
4 他の人と同じ程度には能力があると思う。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
5 物事に集中できない。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
6 ゆううつだ。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
7 何をするのも面倒だ。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
8 これから先のことについて積極的に考えることができる。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
9 過去のことにについてくよくよ考える。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
10 何か恐ろしい気持ちがある。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
11 なかなか眠れない。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
12 生活について不満なく過ごせる。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
13 普段より口数が少ない。口が重い。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
14 一人ぼっちで寂しい。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
15 皆がよそよそしいと思う。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
16 毎日が楽しい。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
17 急に泣きだすことがある。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
18 悲しいと感じる。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
19 皆が自分を嫌っていると感じる。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
20 仕事が手につかない。	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>

Q12. あなた（男性の場合はあなたのパートナー）の妊娠・出産経験についてお尋ねします。					
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産経験なし（→Q12-1,2にお答えください） <input type="checkbox"/> 現在妊娠中、過去に妊娠・出産の経験あり（→Q12-3,4にお答えください） <input type="checkbox"/> 答えたくない					
12-1. 妊娠を希望していますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
12-2. 不妊治療をしていますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
12-3. 妊娠・出産についてお尋ねします。2回以上妊娠・出産経験のある方は、1回目の妊娠・出産からお答えください。 （出生児体重に関しては、可能であれば母子手帳をご確認いただき、正確な数値をご記入ください。）					
その妊娠(出産)は図書館勤務開始後ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
該当する項目を選択してください	妊娠時・ 出産時年齢	週数	出生児性別（妊娠中・ 流産の場合除く）	出生児体重（妊娠中・ 流産の場合除く）	多胎妊娠・ 出産
<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 妊娠中	歳	週	男・女	グラム	なし・あり
多胎出産の場合、その他のお子さまの出生児性別と体重をご記入ください。					
12-4～. 複数回妊娠・出産経験のある方は、2回目以降についてもお答えください。					

これにて調査は終了となります。

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。