

JDCP study

Japan Diabetes Complication and its Prevention Prospective study

糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関する
データベース構築による大規模前向き研究

症例報告書（3年目）

実施医療機関情報

の部分は必須です。記入もれのないようご注意ください。
の部分は送付の際は必ず1部はすべての情報を記入してください。

施設登録番号	中央登録番号
施設名	
所属	試験担当医師 <small>(署名または捺印)</small> ㊟
TEL	FAX
E-mail	
試験担当医師以外のデータ記入ご担当者名 <small>(該当の場合のみ記入してください)</small> いずれかを○で囲んでください ⇒ 医師・看護師・薬剤師・CRC・秘書・その他 ()	

日本糖尿病学会 日本腎臓学会 日本糖尿病眼学会 日本歯周病学会

研究目的

1万例糖尿病患者、5年間のhistorically prospective studyの目的は「日本に於ける糖尿病患者の合併症発症の実態を調査し、種々の糖尿病管理・治療が合併症の発症を如何に抑制するかを、明らかにするために行い、拠って糖尿病治療のあり方の根拠となるデータを得、3年目で中間結果を解析し、5年でデータを取りまとめ、糖尿病治療のガイドラインへの提言とすること」である。必要性及び期待される成果については下記のとおりである。

- 現在の糖尿病患者の合併症の実態を明らかにし、現在の日本における医療による合併症の抑制の程度を明らかにし、糖尿病患者の標準的な病態・経過・予後の基礎的なデータを供給する。
- 種々の治療や管理による合併症に対する効果を分析し、糖尿病の合併症の一次及び二次予防に対して、どのような治療が最も効果的であるかを明らかにすることにより、糖尿病治療の標準的治療となるガイドライン作成の基礎となるデータを提示する。
- 各種治療の費用対効果から見た分析から、最も効果的で患者の予後や生活の質の向上に寄与する診療のあり方を明らかにし、糖尿病の管理における医療経済的観点から見た効果的治療に対する基礎データとする。

3年目の追跡報告について

• 基点

初年度登録した報告書の5ページ目右上にある「データ採取日」を基点とした2年後に3年目の報告が始まります。

症例毎に月単位にて症例報告のご案内をさせていただきます。

• 基点から約2年後

症例報告書を施設の研究担当代表医師あてにお送りいたします。

• 報告期間

基点の2年後となる月の前後3ヶ月、計6ヶ月以内にデータ採取してください。

症例毎の報告月や期限については別紙ご案内する「症例報告期間のご案内」にてご確認ください。

• 代表医師の交代

研究関係の案内はすべて施設の代表医師あてにお送りいたします。代表医師の交代があった場合は、速やかにデータセンターへお知らせください。

3年目追跡報告の予定表

1年目の登録 H19年から開始の場合

登録月	H20年			H21年												H22年			報告期限		
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月		12月	1月
H19年6月	●	3年目報告期間												*9月末までに報告してください*			H21年9月				
H19年9月			●	3年目報告期間														H21年12月			
H19年12月				●	3年目報告期間														H22年3月		

1年目の登録 H20年から開始の場合

登録月	H21年					H22年																	報告期限
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
H20年3月	●	3年目報告期間																	H22年6月				
H20年6月			●	3年目報告期間																	H22年9月		

- *1年目登録の10ヶ月に2年目の症例報告書が送られてきます。
- *報告期限の1ヶ月前より報告の進捗状況のお問い合わせがあります。
- *報告期間が過ぎた場合は、催促状をお送りさせていただきます。

・症例報告書類の送付

データ採取および記入が終わりましたら、できるだけ早めに症例報告書および、その他証拠書類を専用封筒に入れてデータセンターへお送りください。また、書類等には、個人情報保護のため患者個人名が抹消されていることをご確認願います。

・報告完了

データ記載に不備があった場合は、データセンターより、電話、FAX、E-Mailなどにてご連絡させていただく場合があります。

・その他

患者様から辞退の申し出があった場合は、症例報告書の10ページにある「研究終了届」の☑その他の理由に「患者様辞退のため」というように理由を記入してください。

また、やむ終えず何らかの理由で研究継続が困難となった場合についても同様に理由を記入し、速やかにデータセンターへ症例報告書を送付してください。

4年目の追跡報告の予定

3年目同様に行います。1年目の症例報告書5ページ目のデータ採取日の3年後を目安にしてください。本研究は「5年間の追跡観察研究です。初年度の登録および追跡情報ご報告から5年後(6年目)まで継続します。2年後は「症例報告書3年目」、5年後は「症例報告書6年目」と表記され合計6回のデータをご報告いただくこととなります。

表紙『実施医療機関情報』の記入について

- ・本書の表紙にある「実施医療機関情報」を必ず記入していただきます。
この部分は必須です。記入漏れのないようお願いいたします。
- この部分は基本的にすべての項目の情報が必要となります。一度に複数の症例報告書をデータセンターへ送付される場合は省くことができます。
- ・必要事項はゴム印やシール等にてご対応いただくことも可能ですが、その場合は、必ず試験担当医師の捺印が必要となります。
- ・試験担当医師の署名は実筆であれば捺印の必要はありません。担当医師以外の方が記入される場合は必ず担当医師の捺印をお願いいたします。

悪性腫瘍の発生および証拠書類について

- ・8ページ一番下に「悪性腫瘍」に対する記載項目が追加されました。
- ・本試験開始後に「悪性腫瘍」が認められた場合は発生日およびその部位についてご報告ください。
- ・またそれを裏付ける証拠書類の添付をお願いいたします。

エンドポイントの発生および証拠書類について

- ・2年目以降はエンドポイントの発生についても報告していただきます。
- ・エンドポイントとなるイベントが発生した場合は、裏付けする証拠書類の提出をお願いいたします。
- ・大血管のエンドポイントについては、必ず循環器専門医や主治医から所見を含めた報告書のコピーを収集してください。
(心電図・造影カテーテルなど、10ページにある 4. 裏付け資料の該当イベントの資料を収集してください。)

追跡情報の記入について

- 2年目までファイルに入っていた別添書類は本書後方に切り取り可能な形でついています。必要に応じて切り取ってお使い下さい。
- 各項目にご記入または該当するところに☑印をつけてください。
- 追跡情報調査票は必ず、黒のボールペンをうい適度な筆圧で記入して下さい。
- 英語は大文字で、はっきりと記入して下さい。
- 修正について
修正を行う場合は、一重取り消し線で誤記部分を消し、正しいデータを近くに記入して下さい。修正液を使用しないで下さい。

追跡情報（3年目）

■ 各項目のデータ採取について ■

患者様の受診について

- ・検査はすべて保険適用内です。

3年目症例報告書のデータ採取

- ・1年目の症例報告書5ページ目、右上にあるデータ採取日を基点とした2年後の前後3ヶ月以内、計6ヶ月以内でデータを採取していただきます。
- ・各項目のデータは、できるだけ3ヶ月以上の開きがないようにしてください。

3.腎臓、4.心電図、5.網膜症などの検査

- ・年1回や2回と決められている場合は、すべての項目が半年以内に収まるようにデータを採取してください。原則、3～4ヶ月以内のデータです。

4ページ、6ページの右上、データ採取日

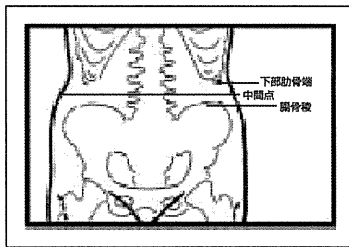
- ・4ページは血液検査の脂質検査日にしてください。
- ・6ページ目はおおよそページが埋まった日を採取日としてください。

1.身体所見

②ウエスト周囲径

ウエスト周囲径測定の手引き

- 症例を立たせ、腕を両側に下げる、または腕を交差させ手を肩の上に乗せる。
- 自然な呼気の終期に測定する。
- 症例が腹筋を引き締めていることが疑われる場合、測定者は症例と会話し注意をそらしてもよい。
- 測定位置は下記を参照のこと。ウエストは下部肋骨端と腸骨稜の間時点で、センチメートル(cm)単位で測定する。
最下肋骨と腸骨稜の間点を定める。メトリックテープを水平にしっかり保持し、ウエストを1周させる。



2.血液検査

- ・脂質の⑧LDL-コレステロール、⑨HDL-コレステロール、⑩総コレステロールは必須項目です。⑪空腹時トリグリセリドは可能であれば採取、記入ください。
- ・保険適用の関係で一度に⑧～⑩のうち、2種類と限定されてしまう場合は、3ヶ月以内で次回採取してください。

3.腎症指標

- ③尿アルブミン/クレアチニン比の2回目測定は、保険適用内で測定となりますので、1回目測定の2～3ヶ月後となる場合もあります。
- ④3期・4期のみ記入（随時尿）尿タンパク/クレアチニン比はg/gCrで出してください。
尿タンパク(mg/dl)/尿クレアチニン(mg/dl) = 尿タンパク/クレアチニン比(g/gCr)になります。

5.網膜症指標

- ・別添「眼科医記入用」を眼科医に記入していただいた場合は、確認しながら転記してください。

①眼底写真

可能であれば、眼底写真はポラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付してください。（さらに出来れば1眼4方向の撮影をお願いします。中央で判定を行って画像のクオリティのチェックとともに、国際分類に準じたグレーディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。）

の部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。
 の部分は必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

追跡情報（3年目）

データ採取日（血液） 20 年 月 日

1. 身体所見

①体重	kg
②ウエスト周囲径	cm
③血圧	/ mmHg

2. 血液検査

①血糖	mg/dl（食後 時間）
②空腹時血糖	mg/dl
③空腹時IRI (インスリン注射の無い場合)	μU/ml
④HbA1c	%
⑤血清クレアチニン	mg/dl
⑥血清シスタチンC	ng/ml
⑦血清アルブミン	g/dl
⑧LDL-コレステロール	mg/dl
⑨HDL-コレステロール	mg/dl
⑩総コレステロール	mg/dl
⑪空腹時トリグリセリド	mg/dl
⑫高感度CRP	mg/dl

3. 腎症指標

①尿蛋白(定性)	<input type="checkbox"/> (-)
	<input checkbox="" type="checkbox/>(±)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="/> (+)
	<input checkbox="" type="checkbox/>(++)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="/> (+++)
1期・2期のみ記入	
②(随時尿)1回目測定 尿アルブミン/クレアチン比	mg/gCr
1期・2期のみ記入	
③(随時尿)2回目測定 尿アルブミン/クレアチン比	mg/gCr
3期・4期のみ記入	
④(随時尿) 尿タンパク/クレアチン比	g/gCr

4. 心電図

- 正常範囲内
ST-Tの異常
異常Q
心房細動
その他異常心電図
 ()

5. 網膜症指標

①眼底写真 (可能であれば 両眼1眼ずつ、あるいはさらに1眼4方向を追加した眼底写真) あり(別添) なし

②眼科医所見 実施年月日 20 年 月 日

視力・前眼部所見		右 眼		左 眼	
矯正視力		X	D	X	D
虹彩ルベオーシス		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
白内障(視力に影響する程度)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済
眼底所見	単純網膜症	毛細血管瘤・出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		硬性白斑 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		軟性白斑 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
増殖前網膜症		網膜内細小血管異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		静脈異常(数珠状拡張) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
増殖網膜症		新生血管 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		増殖膜 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		網膜前・硝子体出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		網膜剥離 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
黄斑病変		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
眼科的処置	網膜光凝固	<input type="checkbox"/> 局所	<input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑	<input type="checkbox"/> 局所	<input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑
	硝子体手術	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他	
	その他の内眼手術	術式		術式	

追跡情報（3年目）

6. 神経障害指標

②アキレス腱反射／アキレス腱反射のとり方

用具：打腱器は打腱部が十分に重いものを用いること（クイーンスクエア型、バビンスキー型などが望ましい）。

姿勢：壁の傍に置いた椅子またはベッド上で壁に向かって膝立位をとらせ、足部を外縁から出す。両腕を伸展し壁にあて、安定した姿勢をとらせ、体の重心が膝にかかるように配慮する。

手技（アキレス腱叩打）：足首関節がリラックスしていることを確認し、足底を軽く押してアキレス腱を伸展し、打腱器を振り下ろす。

判定法：「減弱・消失」が分かりにくいときは、肘関節と背筋を伸展するよう患者に合図を出し、その瞬間に叩打する（Jendrassikの増強法）。増強法をとっても反射が見られない場合を「消失」とする。

③振動覚（C128）／下肢内果の振動覚

用具：アルミ製C128音叉。

手技：十分に強い叩打で振動したアルミ製C128音叉を内果にあて、叩打した瞬間から感じなくなるまでの時間を測る。

判定法：正常（C128：10秒より長い）、軽度低下（10秒以下5秒以上）、高度低下（各々5秒未満）

④痛覚検査／下肢痛覚

用具：一方が尖った爪楊枝または竹串

手技：爪楊枝または竹串は親指と人差し指でつまむように持ち、足親指側面、足首部（内果とアキレス腱の間）、および下肢中央部内側面の皮膚に、爪楊枝／竹串の先端および鈍端を順に軽く押し付ける。皮膚を傷つけないよう、気をつけること。

判定法：各検査部位で先端の鋭利感と鈍端の圧触感覚とを区別できるかどうかをたずねる。具体的には「どちらが尖っていたか、チクリとしたか」を問う。区別できない場合を「痛覚低下」とする。

7. 歯周病

①歯周病問診票

* 別紙「歯周病問診票」を患者様に記入していただいた場合は、患者様に記入内容を確認しながら、こちらの症例報告書に転記してください。

②歯科医所見

* 可能であれば、別添「口腔検査報告書」を記入してください。

* オルソパントモ写真は3年目以降必要ありません。

* 歯科の検査費用は無料ではなく、内科・眼科の診療と同じく保険適用の範囲で患者様の負担となります。

口腔検査報告書

口腔検査報告書

患者氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____

病歴 _____

検査結果

歯周病	歯肉炎	歯石	歯垢	歯槽膿漏	歯肉腫	歯肉退縮	歯肉出血	歯肉肥厚	歯肉萎縮	歯肉硬縮	歯肉軟縮	歯肉増殖
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

歯肉腫、歯肉退縮、歯肉出血、歯肉肥厚、歯肉萎縮、歯肉硬縮、歯肉軟縮、歯肉増殖

歯肉腫、歯肉退縮、歯肉出血、歯肉肥厚、歯肉萎縮、歯肉硬縮、歯肉軟縮、歯肉増殖

歯肉腫、歯肉退縮、歯肉出血、歯肉肥厚、歯肉萎縮、歯肉硬縮、歯肉軟縮、歯肉増殖

8. 糖尿病治療情報

①食事療法

栄養士などによる指導が行われているかどうか

* 別紙：食事調査票(BDHQ)については可能であれば患者様に診療の待ち時間などを利用して記入していただいで下さい。

②運動療法

医師などによる指導者のもと運動指導が行われているかどうか

* 別紙：国際身体活動調査票（IPAQ）については可能であれば患者様に診療の待ち時間などを利用して記入していただいで下さい。

③経口血糖降下薬など ※

DPP-IV、GLP-1、その他の3項目が追加されました。

* ARBとサイアザイド薬との合剤に関してはARBに☑印をつけて下さい。

* ARBとCCBとの合剤に関しては両者に☑印をつけて下さい。

⑩その他の薬剤

(+)の場合は右の項目について詳しい情報に☑印をつけて下さい。またジェネリックの場合はそれに該当する薬剤名をその他へ記入して下さい。

の部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。
 の部分は必須ではなく可能であれば、記入(あるいはデータの添付)をしてください。

追跡情報 (3年目)

データ採取日 20 年 月 日

6. 神経障害指標

- ①神経障害問診票
- 両足指または両足底部のしびれがありますか? あり なし
 - 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか? あり なし
 - 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか? あり なし
 - 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか? あり なし
 - 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感じがありますか? あり なし
- ②アキレス腱反射 右: 正常 減弱 消失 左: 正常 減弱 消失
- ③振動覚(C128) 右: (秒数を記入) 秒 左: (秒数を記入) 秒
- ④痛覚検査 (爪楊枝または竹串使用) 右: 正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下
 左: 正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下
- ⑤CVR-R %

7. 歯周病

- ①歯周病問診票
- この1年間に歯を抜かれましたか?(自然に歯が抜けたものを含める) 抜いていない 抜いた[本]
 - 現在、ご自分の歯は何本ありますか?(鏡などを使って数えるか、歯科治療の方は歯科医にお尋ねください。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後(金属冠など)の歯も含めて数えてください。 [本]
 - 歯ぐきが腫れることがありますか? あり なし
 - 一日に何回くらい歯みがきをされますか?
毎日ほしない 1日1回 1日2回 1日3回 1日4回以上
 - 歯間部清掃用具(糸ようじ、歯間ブラシなど)をどのくらいの頻度で使用しておられますか?
ほとんど使用しない 月に1~3回 週に1~2回 週に3~4回 週に5回以上(ほとんど毎日)
 - 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか?
ほとんどしない 年に1~2回 年に3~5回 年に5回以上
- ②歯科医所見 口腔検査報告書(別添) 実施年月日 20 年 月 日

8. 糖尿病治療情報

- ①食事療法 管理栄養士などによる指導
あり なし [遵守状況 / 優 良 可 不可]
 食事調査票(別紙)BDHQ あり なし
- ②運動療法 医師などの指導者による運動指導
あり なし [遵守状況 / 優 良 可 不可]
 国際身体活動調査票(別紙)IPAQ あり なし
- ③経口血糖降下薬など SU薬 グリニド薬 α -GI ビッグアナイド薬 チアソリジン薬
DPP-IV GLP-1 その他()
 ●服薬コンプライアンス [10割服薬 8割 5割以下]
- ④インスリン療法 1回 2回 3回 4回 5回以上 CSII
 合計単位 単位/日
- ⑤SMBG (+)
(-)
- ⑥降圧薬 ACEI ARB CCB 利尿薬
 α -blocker β -blocker その他()
- ⑦抗高脂血症薬 スタチン系 フィブラート系 その他()
- ⑧抗血小板薬 アスピリン シロスタゾール(プレタール®) 塩酸チクロピジン(パナルジン®)
硫酸クロピドグレル(プラビックス®) その他()
- ⑨ARI (+)
(-)
- ⑩その他の薬剤 (+)
(-) [炭素(クレメジン) ジピリダモール(ペルサンチン) EPA(エパデール) その他()]

エンドポイントの発生

- エンドポイントは2年目から報告していただきます。
- エンドポイントが発生した場合は、医師の判断の該当イベントに☑印をつけ、発症日または実施日と経過日についても☑印や詳細を記入してください。
- 2年目の追跡開始時に（2年目の症例報告書を受け取った時点）すでにエンドポイントを向かえていた場合は、向かえた時点の発症日・実施日、経過について記入してください。
4ページ、6ページの追跡情報については、症例毎に2年目の報告期間内でデータを採取し、報告していただきます。
- エンドポイントの発生を裏付ける証拠書類の収集をできるだけお願いいたします。少なくとも病院の報告書（退院時のサマリー、退院後の紹介状・報告書など）を入手し、コピーを添付してデータセンターへ送付願います。
- ある臓器のエンドポイントを向かえた場合でも研究はそれで終わりではなく、それ以外のイベントのエンドポイントについても観察していきますので、追跡を続けてください。
- 死亡した場合は研究終了となります。10ページ目の「3. 死亡」と「研究終了届」を記入してください。
- 大血管障害のエンドポイントについて
循環器専門医や主治医からの所見を含めた報告書のコピーをつけてください。（心電図・造影カテーテルなど）詳しくは、10ページ目の「4. 裏付け資料」をご確認願います。
- 個人情報保護のため、裏付け資料などの患者個人名は抹消してください。心電図、レントゲンなどの証拠書類についても同じです。

- ・腎 症……腎症1期・2期の患者様の検査については連続2回測定してください。
- ・網 膜 症……光凝固・硝子体手術については、実施日を記入してください。
- ・神 経 障 害……下肢切断術は末梢神経を伴うもの
- ・大血管障害……下肢切断術は末梢神経を伴わないもの
- ・歯 周 病……問診は歯科医と一緒に行ってください。医師所見は可能であれば、記入してください。

悪性腫瘍の発生

- 登録時の除外基準にある「悪性腫瘍」については、経過観察中に罹患が見られた場合には「発生日」および「部位」について報告していただくことになりました。
- 裏付け資料として「病院の報告書のコピー」添付してください。

エンドポイント

追跡情報（3年目）

の部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。

の部分には必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

1. エンドポイントとなるイベント

	医師の診断	発症日または実施日	経過
腎	<input type="checkbox"/> <腎症1期の患者>連続2回アルブミン尿の出現 (尿中アルブミン/クレアチニン比が30mg/gCr以上)	1回目 20 年 月 日	2回目 20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> <腎症2期の患者>連続2回顕性蛋白尿の出現 (尿中アルブミン/クレアチニン比が300mg/gCr以上)	1回目 20 年 月 日	2回目 20 年 月 日
症	<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値の2倍以上の上昇	20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 透析導入	実施日 20 年 月 日	
網 膜 症	<input type="checkbox"/> 単純・増殖前網膜症から増殖網膜症への進展	20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 失明	20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 光凝固	実施日 20 年 月 日	
神 経 障 害	<input type="checkbox"/> 硝子体手術	実施日 20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 下肢切断術（末梢神経障害を伴う）	実施日 20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 潰瘍あるいは壊疽の出現	20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 安定狭心症*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続復 <input type="checkbox"/> 死亡
	<input type="checkbox"/> 入院加療を要する重度の不安定狭心症*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 入院加療を要する心不全*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
大 血 管 障 害	<input type="checkbox"/> ASO*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 末梢血管障害*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 下肢切断術*	実施日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 脳卒中（脳梗塞・脳出血）*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作（TIA）*	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 心血管再建術* (冠動脈バイパス術、経皮的冠動脈インターベンション)	実施日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり
	<input type="checkbox"/> 末梢血管再建術* (下肢動脈、頸動脈、腎動脈など)	実施日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 後遺症なく回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回復したが後遺症あり

* 大血管障害・悪性腫瘍の発生に関する裏付け資料をお願いします。⇒10ページの「4.裏付け資料」をご参照ください。

悪性腫瘍の発生

発症日

20 年 月 日

部位

()

エンドポイントの発生

2. 歯周病におけるエンドポイント

問診による自覚症状

- 歯周病による歯の喪失
虫歯の原因がなく、歯の喪失があった。
- 歯肉腫張または出血
疲れると歯茎が腫れやすい。

歯科医所見

- 可能であれば、歯科医の所見を記入してください。

3. 死亡

- 死亡の場合は、研究終了となります。日付および死因を明記し、「研究終了届」を記入して下さい。

4. 裏付け資料

- イベントごとに要求された該当資料をすべて収集し、本書最後のページにあるポケットに入れ、データセンターへお送りいただきます。資料の書式は問いません。

研究終了届

最終来院日

- 本研究における症例の最終調査日、口頭または文書による連絡を最後に行った日付を記入して下さい。

追跡調査を予定より早く中止した場合

- 該当するボックスに☑印をつけることによりその主な事由を明記して下さい。
死亡の場合……死亡日を明記し、適切な裏付け資料を収集して下さい。
追跡不能の場合……追跡不能と判断する前に研究責任医師は患者様と連絡をとるあらゆる努力をして下さい。

エンドポイント 追跡情報（3年目）

の部分必須項目です。記入もれないようご注意ください。
の部分必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

2. 歯周病におけるエンドポイント

問診による 自覚症状	<input type="checkbox"/> 歯周病による歯の喪失	<input type="checkbox"/> あり（ 本）	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 歯肉腫張 または 出血	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 現在歯数	（ 本）	
歯科医所見	歯科受診日	20 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 対象歯数	（ ）本	
	<input type="checkbox"/> PD(Probing pocket Depth) 4mm以上の部位数	（ ）部位	
	<input type="checkbox"/> CAL(Clinical Attachment Level) 4mm以上の部位数	（ ）部位	
	<input type="checkbox"/> BOP(Bleeding on Probing)陽性部位数	（ ）部位	
	<input type="checkbox"/> オルソパントモによる最大の歯槽骨吸収度	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ

3. 死亡

死亡日	20 年 月 日	「研究終了届」を記入してください		
主要死因	<input type="checkbox"/> 心血管イベント*	<input type="checkbox"/> 脳血管イベント*	<input type="checkbox"/> その他のイベント*	<input type="checkbox"/> 死因不詳
*理由を記入ください				

4. 裏付け資料 下記イベントを判定するため、該当イベントの裏付け資料をすべて収集してください

症例報告書のページに貼付した裏付け資料に☑印をつけること

心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 心筋マーカーの測定値 (イベント中および退院時のもの)
安定狭心症	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
入院加療を要する重度の不安定狭心症	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影の報告書	
	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 薬歴簿	
入院加療を要する心不全	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 超音波検査、X線検査の報告書	<input type="checkbox"/> 薬歴簿
ASO	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
末梢血管障害	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
下肢切断術	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
脳卒中	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> CTスキャン、およびMRIの報告書の双方または一方	
一過性脳虚血発作（TIA）	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
心血管再建術(冠動脈バイパス術、経皮的冠動脈インターベンション)	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
末梢血管再建術(下肢動脈、頸動脈、腎動脈など)	<input type="checkbox"/> 病院の報告書		
死亡	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> 剖検報告書	<input type="checkbox"/> 死亡診断書
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病院の報告書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

研究終了届

最終来院日 20 年 月 日

追跡調査期間の満了

または

追跡調査を予定より早く中止した場合 ※追跡不能の場合、追跡不能と判断する前に、研究責任医師は患者と連絡を取るあらゆる努力をしてください。

研究責任医師の判断

死 亡 20 年 月 日 ※死亡情報を記入し、4.裏付け資料を添付してください。

追 跡 不 能

その他の理由。理由を明記してください :

神経障害問診票

(患者様記入用)

患者様へ

すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

フリガナ	生	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	月	日	別	<input type="checkbox"/> 女	
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

6. 神経障害指標

①神経障害問診票	1. 両足指または両足底部のしびれがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感じがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

歯周病問診票

(患者様記入用)

患者様へ

・すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

ご担当医様（内科・歯科）

・患者様に記入内容を確認して下さい。

フリガナ	生	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年				別	<input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

7. 歯周病

①歯周病問診票

1. この1年間に歯を抜かれましたか？(自然に歯が抜けたものを含める)

抜いていない 抜いた[本]

2. 現在、ご自分の歯は何本ありますか？(鏡などを使って数えるか、歯科治療中の方は歯科医にお尋ねください。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後(金属冠など)の歯も含めて数えてください。)

[本]

3. 歯ぐきが腫れることがありますか？

あり なし

4. 一日に何回くらい歯みがきをされますか？

毎日ではない 1日1回 1日2回 1日3回 1日4回以上

5. 歯間部清掃用具(糸ようじ、歯間ブラシなど)をどのくらいの頻度で使用しておられますか？

ほとんど使用しない 月に1~3回 週に1~2回 週に3~4回 週に5回以上(ほとんど毎日)

6. 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか？

ほとんどしない 年に1~2回 年に3~5回 年に5回以上

②歯科医所見

口腔検査報告書(別添)

実施年月日 20

年

月

日

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

網膜症調査票

(眼科医記入用)

- ・眼科調査票のご記入をお願いいたします。
- ・可能であれば、眼底写真はパラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付して下さい。
(さらに出来れば1眼4方向の撮影をお願いします。中央で判定を行って画像のクオリティのチェックとともに、国際分類に準じたグレーディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。)

フリガナ	生年	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	月	日	月	別	<input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

5. 網膜症指標			
①眼底写真	(可能であれば両眼1眼ずつ、あるいはさらに1眼4方向を追加した眼底写真) <input type="checkbox"/> あり(別添) <input type="checkbox"/> なし		
②眼科医所見	実施年月日 20 年 月 日		
視力・前眼部所見	右 眼	左 眼	
矯正視力	X D	X D	
虹彩ルベオーシス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
白内障(視力に影響する程度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済	
眼底所見	単純網膜症	毛細血管瘤・出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		硬性白斑 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		軟性白斑 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
増殖前網膜症	網膜内細血管異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	静脈異常(数珠状拡張)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
増殖網膜症	新生血管	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	増殖膜	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	網膜前・硝子体出血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	網膜剥離	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
黄斑病変	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
眼科的処置	網膜光凝固	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑
	硝子体手術	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他
	その他の内眼手術	術式	術式

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

口腔検査報告書

施設名	データ採取日	20	年	月	日
施設登録番号	中央登録番号				
生年月日	昭和	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

データ入力は大枠の中について行います

口腔内検査 (現在歯数・検査対象から、智歯は除いてください)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	

未処置 喪失 治療済み

現在歯数	<input type="text"/>	歯
未処置歯数	<input type="text"/>	歯
喪失歯数	<input type="text"/>	歯
治療済み歯数	<input type="text"/>	歯

歯周病検査 (Ramfjord teethのみ, Rams: J Clin Periodontol, 1993)

<table border="1"> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(7) 6</p> <table border="1"> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td>MP</td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD					PD			MP	CAL				BOP				<table border="1"> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(1) 1</p> <table border="1"> <tr><td>MP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD					MP															<table border="1"> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>4 (5)</p> <table border="1"> <tr><td>MP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mob	O	I	II	III	BOP					CAL					PD					MP																																								
Mob	O	I	II	III																																																																																																																														
BOP																																																																																																																																		
CAL																																																																																																																																		
PD																																																																																																																																		
PD			MP																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																		
BOP																																																																																																																																		
Mob	O	I	II	III																																																																																																																														
BOP																																																																																																																																		
CAL																																																																																																																																		
PD																																																																																																																																		
MP																																																																																																																																		
Mob	O	I	II	III																																																																																																																														
BOP																																																																																																																																		
CAL																																																																																																																																		
PD																																																																																																																																		
MP																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td></td><td>ML</td></tr> </table> <p>(5) 4</p> <table border="1"> <tr><td>PD</td><td></td><td></td><td>MB</td></tr> <tr><td>CAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BOP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mob</td><td>O</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> </table>	BOP					CAL					PD				ML	PD			MB	CAL				BOP				Mob	O	I	II	III	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>1 (1)</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>6 (7)</p> <table border="1"> <tr><td>MB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																									MB																							
BOP																																																																																																																																		
CAL																																																																																																																																		
PD				ML																																																																																																																														
PD			MB																																																																																																																															
CAL																																																																																																																																		
BOP																																																																																																																																		
Mob	O	I	II	III																																																																																																																														
MB																																																																																																																																		

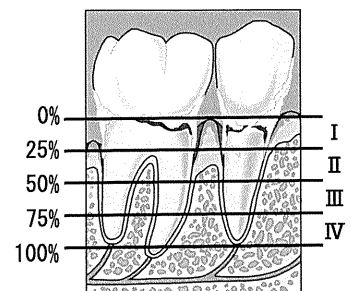
動揺度の分類はMiller (1965)に準じて、該当するものに○をつけて下さい。

BOPはプローブ挿入後30秒以内に出血を認めた部位に+をつけて下さい。

プローブは、CPUNC-15 (Hu-Friedy)の使用を推奨します。検査対象のRamfjord歯が欠損の場合は、二重線で消したうえ、かっこ内の代替歯に○をつけて計測を行って下さい。さらに代替歯も欠損の場合は、代替歯も二重線で消して下さい。

オルソパントモによる歯槽骨吸収所見

骨吸収	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D 7 M	D 6 M			M 6 D	M 7 D		
骨吸収	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D 7 M	D 6 M			M 6 D	M 7 D		



骨吸収の判定は、CEJと根尖を基準として、第一大臼歯の近心・遠心部について、25%未満(I)、25-50%未満(II)、50-75%未満(III)、75%以上(IV)の4段階に分類して下さい。第一大臼歯が欠損の場合は、第二大臼歯の測定を行って下さい。欠損の場合は☒と記入して下さい。

歯科の検査費用は無料ではなく、内科・眼科の診療と同じく保険適用の範囲内で患者様のご負担となります。

国際身体活動調査票 (患者様記入用)

- ・質問票の表紙に書いてある説明をよく読んでから記入を始めて下さい。
- ・あまり考え込まずに、第一印象でおこたえ下さい。
- ・すべての質問のお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。
- ・答えが『ない』の場合は () の中に○をつけて、→矢印の質問へ進んで下さい。

施設名	
施設登録番号	中央登録番号
生年月日 昭和 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

データ採取日 200 年 月 日	
<p>回答にあたっては以下の点にご注意下さい。</p> <p>◆強い身体活動とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。</p> <p>◆中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。</p> <p>以下の質問では、一回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考え、お答え下さい。</p>	
1	<p>平均的な1週間では、強い身体活動(重い荷物の運搬、自転車坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか？</p> <p>週 () 日 ない() →質問3へすすむ</p>
2	<p>強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？</p> <p>1日()時間()分</p>
3	<p>平均的な1週間では、中等度の身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど)を行う日は何日ありますか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答え下さい。</p> <p>週 () 日 ない() →質問5へすすむ</p>
4	<p>中等度の身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？</p> <p>1日()時間()分</p>
5	<p>平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所から場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。</p> <p>週 () 日 ない() →質問8へすすむ</p>
6	<p>そのような日は、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか？</p> <p>1日()時間()分</p>
7	<p>通常どのような速さで歩きますか？あてはまるものに○をつけて下さい。</p> <p>()かなり呼吸がみだれるような速さ ()少し息がはずむような速さ ()ゆったりした速さ</p>
8	<p>毎日座ったり寝転んだりして過ごしている時間(工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など)についてです。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といったすべての時間を含みます、なお睡眠時間は含めないで下さい。平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？</p> <p>1日()時間()分</p>
9	<p>休日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？</p> <p>1日()時間()分</p>