

あなたの体と心の 健康について

体重に関連する症状のアンケート調査 (WRSM)

このアンケート調査は、ご自分の健康と体重について、
ご意見をお尋ねするものです。



アンケート調査へのご協力、ありがとうございます。

アンケート調査回答者の方々のためのクオリティ・オブ・ライフ (QOL) アンケート調査の回答方法

- 1) このアンケート調査は、あなたの全体的な健康状態に対する評価の重要な一部分です。質問は、ご自身の見地から見て、ご自分の健康がどのように生活の質に影響を与えているかについての情報を集めるよう作成されています。
- 2) 回答には、ボールペンを使用してください。回答がはっきりと確実に読めるよう、強く丁寧にお書きください。
- 3) 充分時間をかけ各質問を読み、慎重にお答えください。質問によっては同じ様に見えるものもありますが、それぞれ異なっています。
- 4) 自分に最もよくあてはまるものに☒印をつけ、全ての質問にご回答ください。回答を訂正する場合は、訂正する回答の印に横線(☒)を引き、新たな選択肢に☒印をご記入ください。
- 5) 正しい答え、間違った答えがあるわけではありません。どう回答してよいかわからない場合は、最も近いと思われる回答に印をつけてください。
- 6) 皆様からのご回答は機密とされます。アンケート調査コーディネーターは、全ての項目が回答済みであることを確認するのみで、他の医療スタッフに回答を明かすことはありません。

体重に関連する症状とそれがどれくらい煩わしいか

以下の各質問および症状の一覧を読み、自分に最もよくあてはまる回答をひとつ選び☑印をつけてください。

a. 過去1ヵ月に、次のような症状がありましたか。			b. 「はい」と回答した場合、その症状はどのくらい煩わしかったですか。						
いいえ	はい	症状	全然ない	ほとんどない	少し	ある程度	かなり	非常に	極度に
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	息切れ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	疲労感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	寝つきがわるい、眠りが浅いなどの睡眠障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	寒さに敏感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	口渇感の増加	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	過度のイライラ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	背中での痛み	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	頻尿	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	関節の痛み(腰、ひざ等)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	むくみ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	足首の痛みなど足のトラブル	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	暑さに敏感	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	いびき	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(次のページに進んでください)

(前ページよりつづく)

a. 過去 1 カ月に、次のような症状がありましたか。			b. 「はい」と回答した場合、その症状はどのくらい煩わしかったですか。						
いいえ	はい	症状	全然 ない	ほとん どない	少し	ある程 度	かなり	非常に	極度に
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	食欲増大	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	尿のもれ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	多汗	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	性欲喪失	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	体力減退	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	かぶれやできもの などの肌のトラブ ル	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

ここまでの回答を見直し、見落とした
項目がないかどうか確認してください。

アンケート調査へのご協力、ありがとうございました。