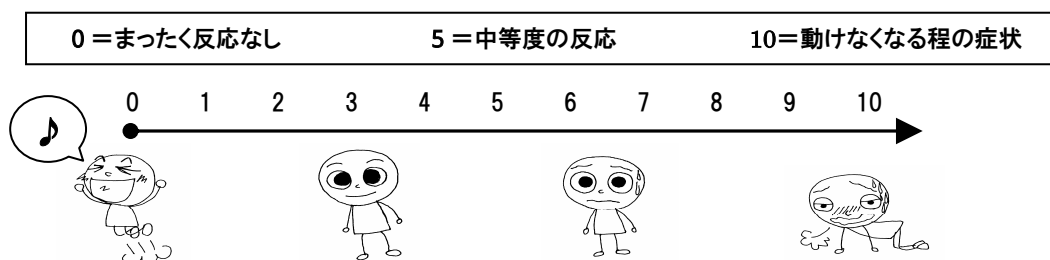


Q1 化学物質曝露による反応

以下の物質に対し、どのような反応や症状が出るかをお聞きするものです。例えば、頭痛、頭が働かなくなる、呼吸が苦しくなる、胃の不調、ふらふらするなどの症状が出ますか。反応・症状の強さを以下のように0から10の点数で丸を付けて下さい。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に 印をつけてください。丸は1ヶ所だけです。



1. 車の排気ガス

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. タバコの煙

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 殺虫剤、除草剤、防虫剤、防蟻剤など

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. ガソリン臭

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. ペンキ、シンナーなど

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6. 消毒剤、漂白剤、バスクリーナー、床クリーナーなど

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7. 特定の香水、芳香剤、清涼剤など

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. コールタールやアスファルト臭

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. マニキュア、その除去液、ヘアスプレー、オーデオロンなど

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

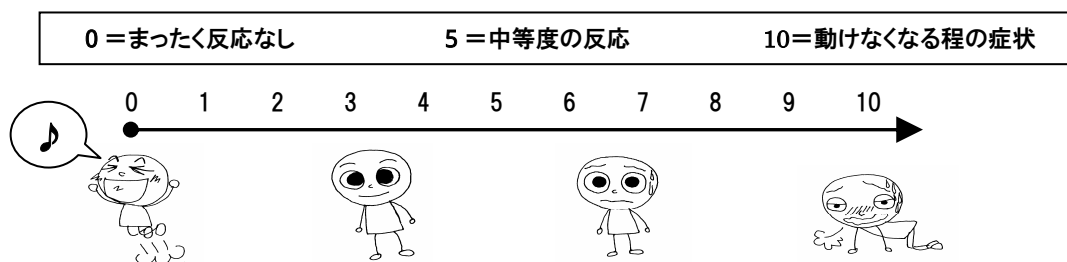
10. 新しいじゅうたん、カーテン、シャワーカーテン、新車の臭いなど

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

合計 (0 ~ 100)

Q2 その他の物質に対する反応

水道水中の消毒剤、特定の食品、食品添加物（着色剤・防腐剤・香料等）、カフェイン、アルコール、医療用に使われる化学物質、生物学的アレルゲン等に対する反応・症状についてお聞きする項目です。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に印をつけてください。要領は前ページと同じです。

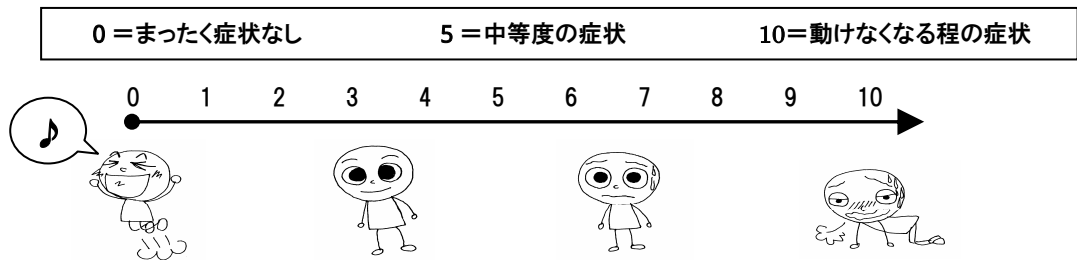


1. 塩素消毒された水を飲んだとき
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 何か特定の食べ物を食べたとき(キャンディ、ピザ、牛乳、油、てんぷら、肉、バーベキュー、タマネギ、ニンニク、香辛料、調味料、食品添加物、他) (食品名 _____)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 何か習慣性になってしまい、食べないと体調不良となるような特別な食物
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. 食後、一定時間気持ち悪いようなこと
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. コーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレート(カフェインを含むもの)を食べると気持ち悪くなる
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 逆にコーヒー、紅茶、日本茶、コーラ、チョコレートを食べないと気持ち悪くなる
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 少量のビール、ワインのような軽いアルコール飲料で気持ちが悪くなる
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. 皮膚に触れるもの(繊維もの、メタルの装飾品、アクセサリ、化粧品類など)による反応
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 医療用に使われる物質(抗生物質、麻酔薬、鎮痛剤、精神安定剤、X線造影剤、ワクチン、ピルなどの医薬品、インプラント[人工品の体への埋め込み]、入れ歯、避妊薬、避妊器具など)を使ったとき
(薬品名 _____)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 生物学的にアレルギーを起すもの(樹、草、花粉、ハウスダスト、かび、動物のあか、虫さされ、特定の食物など)によるぜんそく、鼻炎、じんましん、しっしんのようなアレルギー反応
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

合計 (0~100)

Q3 症状

現在の健康状態（症状）についてお聞きする質問です。いくつか例のあるものは一番反応・症状がひどいものの点数に 印をつけてください。要領は前ページと同じです。



1. 筋肉・関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける(筋症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 眼への刺激、やける感じ、しみる感じ。息切れ、咳のような期間や呼吸症状。たん、鼻汁がのどの奥の方を流れる感じ。風邪にかかりやすい。(気管粘膜症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. どうき、不整脈、胸の不安感などの心臓や胸の症状(心・循環症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. お腹の痛み、胃けいれん、膨満感、吐き気、下痢、便秘のような消化器症状(胃腸症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 集中力、記憶力、決断力低下、無気力などを含めた思考力低下(認識症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 緊張しすぎ、上がりやすい、刺激されやすい、うつ、泣きたくなったり激情的になったりする。以前に興味があったものに興味をもてないなどの気分の変調(情緒症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、目のピントが合わない。(神経・末梢神経症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの頭部症状(頭部症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感(皮膚症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 外陰部のかゆみ、または痛み、トイレが近い、尿失禁、排尿困難などの泌尿・生殖器症状(女性の場合には:生理の不快感、苦痛、などの症状)(泌尿・生殖器症状)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

合計 (0~100)

Q4 マスキング（症状の偽装・化学物質曝露に対する1つの適応）

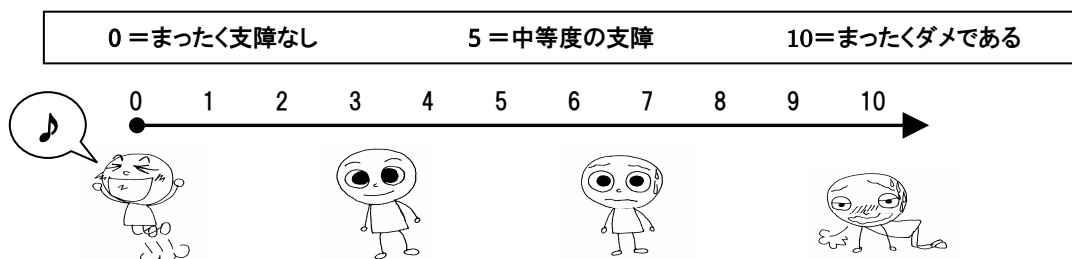
日常的に取り込む可能性のある化学物質に関する質問です。シックハウス症候群や化学物質過敏症患者では、常時に微量の化学物質曝露をしていると、一種の適応現象として症状の偽装（マスキング）が起こることがあるので、それを知るための質問です。以下の項目の質問に対して、当てはまる方に 印をつけてください。

1. タバコを吸いますか (はい・いいえ)
「はい」の方：（1日約 _____ 本を約 _____ 年間吸っている）
「いいえ」で過去に吸っていた方：（1日約 _____ 本を約 _____ 年間吸っていた）
「やめた理由」：（本人体調悪化 家族体調悪化 その他 _____）
2. アルコールの入った飲料、ビール、ワインを飲みますか (はい・いいえ)
「はい」の方：（種類 _____ 頻度 _____）
「いいえ」で過去に飲んでいたら：（種類 _____ 頻度 _____）
「やめた理由」：（本人体調悪化 その他 _____）
3. コーヒー系の飲み物を飲みますか (はい・いいえ)
「はい」の方：（1日に _____ を _____ 杯くらい _____ 年間飲んでいる）
「いいえ」で過去に飲んでいたら：（1日に _____ を _____ 杯くらい飲んでいる）
「やめた理由」：（本人体調悪化 その他 _____）
4. 香水、ヘアスプレー、香料入りの化粧品を使用しますか (はい・いいえ)
「はい」の方：（種類と使用頻度 _____）
5. 過去数年内に殺虫剤、防かび剤処理を家や職場で使用しましたか (はい・いいえ・わからない)
「はい」の方：（具体的に _____）
6. 最近、仕事や趣味で週1回以上化学物質やガス、煙に曝されましたか (はい・いいえ)
「はい」の方：（具体的に _____）
7. あなたの周りでいつもタバコを吸う家族や同僚はいますか (はい・いいえ)
「はい」の方： その方々があなたの周りで吸う本数は、合計で1日約 _____ 本
8. 冬季、職場・学校・自宅に居るときにガスが部屋の中に出る暖房器具を使いますか？ (はい・いいえ)
「はい」の方：（暖房の種類 _____ 1日の使用時間 _____）
9. 衣類を洗濯するとき柔軟剤を使いますか (はい・いいえ・わからない)
10. ステロイド剤、鎮痛剤、抗うつ剤、精神安定剤、睡眠薬などをよく使いますか (はい・いいえ)
「はい」の方：（具体的に _____）

* 「はい」の数をご記入下さい。合計（0～8）

Q5 日常生活の支障の程度

日常生活の中で感ずる支障の程度についてお聞きする質問です。前のページと同じ要領で丸を付けて下さい。いくつか例のあるものは一番支障の程度の大きいものの点数に 印をつけてください。



1. 食事をするとき支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 支障なく毎日職場や学校へ通えていますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 新しい家具・調度品(机・タンス・カーテンなど)を使う場合支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. 衣類の使用に支障(皮膚のかゆみ・湿疹など)がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 旅行や車のドライブに支障(車酔いなど)はありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 化粧品や防臭剤などの臭いをかいだ時に支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 集会、レストランなどへ外出するなど、一般の社会的活動に参加するのに支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. 趣味やスポーツなど好きなことが支障なくできますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 配偶者など家族とのコミュニケーションに支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 日々の日常生活の中で、家庭内の雑用(庭の手入れ、車の洗浄、料理・家の掃除、アイロンがけなど)をするのに支障がありますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

合計 (0 ~ 100)

どうもおつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。