

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究推進事業(国際共同研究事業)

高齢者のADL・QOLとその関連要因に関する
日本人および日系米人比較国際共同研究

平成20年度 研究報告書

滋賀医科大学附属図書館



2009017115

研究代表者 上島 弘嗣

〔滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門〕

平成21(2009)年 3 月

目 次

I	研究組織	1
II	総括研究報告	
	高齢者のADL・QOLとその関連要因に関する日本人および 日系米人比較国際共同研究	2
	研究代表者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 上島 弘嗣	
III	担当研究報告	
1	NIPPON DATA90およびHonolulu Heart ProgramにおけるADL・QOL比較研究	4
	資料一覧	8
	共同研究者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 門田 文・三浦 克之 福島県立医科大学衛生学・予防医学講座 早川 岳人	
2	日本人および日系米人の高齢者総死亡率に影響を与える要因の比較検討	83
	資料一覧	85
	研究代表者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 上島 弘嗣 共同研究者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 三浦克之・喜多義邦・奥田奈賀子 滋賀医科大学社会医学講座医療統計学部門 村上 義孝 結核予防会第一健康相談所 岡山 明 国立循環器病センター予防検診部 岡村 智教	
3	中年男性の潜在性動脈硬化進展度の国際比較	97
	資料一覧	99
	研究代表者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 上島 弘嗣 共同研究者 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門 門脇 崇・三浦 克之・門田 文 門脇 紗也佳・高嶋 直敬・藤吉 朗	
IV	研究成果に関する書籍刊行、雑誌掲載等一覧	117

I 研究組織

研究代表者	上 島 弘 嗣〔滋賀医科大学社会医学講座 教授〕 高齢者のADL・QOLとその関連要因に関する 日本人および日系米人国際共研究の総括
共同研究者	岡 山 明 〔(財)結核予防会第一健康相談所 所長〕 ADL・QOLの横断分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	岡 村 智 教〔国立循環器病センター予防検診部 部長〕 ADL・QOLの縦断分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	三 浦 克 之〔滋賀医科大学社会医学講座 准教授〕 二集団の相違の分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	喜 多 義 邦〔滋賀医科大学社会医学講座 講師〕 日本人ADL・QOL分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	早 川 岳 人〔福島県立医科大学衛生学・予防医学講座 講師〕 ADL・QOLの評価分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	村 上 義 孝〔滋賀医科大学社会医学講座 准教授〕 ADL・QOLの評価分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	門 脇 崇 〔滋賀医科大学社会医学講座 助教〕 二集団の相違の分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	奥 田 奈 賀 子〔滋賀医科大学社会医学講座 特任助教〕 日系人ADL・QOL分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	高 嶋 直 敬〔滋賀医科大学社会医学講座 特任助教〕 日系人ADL・QOL分析に関する部分の研究を担当
共同研究者	門 田 文 〔滋賀医科大学医学部博士課程〕 ADL・QOLの国際比較に関する部分の研究を担当
共同研究者	藤 吉 朗 〔滋賀医科大学医学部博士課程〕 ADL・QOLの国際比較に関する部分の研究を担当
共同研究者	門 脇 紗 也 佳〔滋賀医科大学社会医学講座 特任助教〕 ADL・QOLの国際比較に関する部分の研究を担当

高齢者のADL・QOLとその関連要因に関する日本人および日系米人比較国際共同研究

研究代表者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

上 島 弘 嗣

研究要旨

本研究課題は、日本の代表集団である循環器疾患基礎調査の追跡調査（NIPPON DATA）を基盤とする国際共同研究であり、日本在住の日本人と米国人ではあるが遺伝子背景は日本人と同様であるハワイ在住の日系米国人とを多面的に比較する研究手法を採っている。これにより、日本型あるいは欧米型の生活習慣が日常生活動作（ADL）、生活の質（QOL）、動脈硬化進展度に及ぼす影響を明らかにすることがこの研究の目的であり、将来的には、ADL や QOL 低下の予防、健康寿命を維持する方策の提言につなげることを目指している。

本年度は2カ年計画の1年目であり、動脈硬化進展度の調査が進行中でもあるため、実際に学術的な成果が得られるのは次年度以降となる。本報告書ではこの研究の背景や意義を総括し、本年度の進捗状況について報告する。

A. 研究目的

本邦では近年、生活習慣の欧米化が加速しており、疾病構造の変化が懸念される。また、高騰する医療費・介護費への対策を考えると、ADL・QOLの保たれた状態での健康寿命延伸が重要であり、そのため、生活習慣がADLやQOLに及ぼす影響を探ることが早急の課題である。今後、日本人のライフスタイルの欧米化が高齢者のADL・QOLに与える影響を予測するには極めて近い遺伝背景をもちながら生活習慣の大きく異なる日本在住日本人とハワイ在住日系米人の二集団を比較検討することが最も適している。

日本型あるいは欧米型の生活習慣の違いが高齢者の日常生活動作（ADL）や生活の質

（QOL）に与える影響を明らかにするため、本申請研究課題では、日本在住日本人および遺伝背景は極めて近いが生活習慣が大きく異なるハワイ在住日系米人の2集団のデータを比較検討する。これによりADLやQOL低下の予防、健康寿命を維持する方策の提言につなげることを目的とする。

B. 研究方法

今回の申請課題では以下の2つの方法で日本在住日本人およびハワイ在住日系米人の2集団のデータを比較検討する。

1) NIPPON DATA90 の対象者約 8500 名を 1965 年に開始されたハワイ在住の日系米人男性約 8000 人を対象とした追跡調査である Honolulu Heart Program (Honolulu Asia Aging Study) と比較することにより生命予後や ADL・QOL に及ぼす影響について比較検討を行う。

2) 40 歳代・50 歳代の日本人地域住民男性約 250 名を対象に潜在性動脈硬化進展度の精密検査を行う。これを Honolulu Heart Program 参加者の子孫であるハワイ在住の 40 歳代・50 歳代日系米国人集団で調査された潜在性動脈硬化進展度と比較し、動脈硬化の進展度に関わる危険因子・予防因子を明らかにする。

C. 本年度の進捗状況

1) 本年度は NIPPON DATA90 と Honolulu Asia Aging Study の調査データを元に、比較解析が可能なデータベース作成から着手した。これら 2 集団それぞれの調査項目等を詳細に検討し比較可能項目を明らかにした。比較解析が可能なデータベースを作成した。次年度は完成したデータベースを元に 2 集団の ADL・QOL の状況を明らかにし、同時にこれらに与える影響の横断的検討、さらにベースライン調査から 5 年後、10 年後の ADL・QOL 低下に与える影響の縦断的検討を行う。

本年度は予備的検討として日本人とハワイ在住日系米人の総死亡に影響を及ぼす危険因子の比較を行った。具体的には 1980 年に全国から無作為抽出された循環器疾患基礎調査受検者約 10000 人を対象とした追跡調査、NIPPON DATA80 と Honolulu Heart Program 比較分析を行った。結果、ハワイ在住日系米人は日本の日本人に比べ、糖尿病や冠動脈疾患有病率、血清総コレステロール、肥満度が

高いこと、一方、日本在住日本人は血圧が高く、喫煙率は 3 倍であることが明かとなった。また、19 年間の総死亡リスクは日本在住日本人のほうが 1.4 倍高く、1000 人年観察あたり日本 49.4、ハワイ 36.2 であった。各種危険因子を調整すると両集団の死亡率の差は無くなり、ハワイ在住日本人に比べて高い日本在住日本人の死亡率は、喫煙と高血圧によってほとんどが説明可能であることが明かとなった。また、遺伝背景の極めて近いこの 2 集団の比較は日本の日本人がハワイ在住日系米人と同様の危険因子を持つに至る可能性があることを示した。

2) 中年層を対象とした潜在性動脈硬化進展度調査は、本申請課題受理決定直後より調査実施の準備を進め、米国の共同研究機関であるハワイ大学・環太平洋健康研究所・ピッツバーグ大学との調整を行った。平成 20 年 11 月より調査を開始し、79 名（応諾率 79.0%）の参加を得ている。平成 21 年度中に全対象者の調査を終了する。当初より計画しているハワイ在住の日系米国人との比較に加えて、米国ペンシルバニア州在住の白人の潜在性動脈硬化進展度との比較も検討する。

D. 考察

本年度は 2 カ年計画の 1 年目であり、動脈硬化進展度の調査が進行中でもあるため、実際に学術的な成果が得られるのは次年度以降となる。平成 21 年度も当初の計画に沿って本国際共同研究が着実に達成されるよう鋭意努力したいと考える。

Ⅲ 担当研究報告

1. NIPPON DATA90 および Honolulu Heart Program における ADL・QOL 比較研究

共同研究者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

門 田 文

三 浦 克 之

福島県立医科大学衛生学・予防医学講座

早 川 岳 人

研究要旨

NIPPON DATA90 と Honolulu Heart Program (Honolulu Asia Aging Study) を対象に、生命予後や ADL・QOL に及ぼす影響を比較するためのデータベース作成を開始した。Honolulu Heart Program で統計解析を担当している Dr. Robert Abbott (バージニア大学) を招聘し、これら 2 集団それぞれの調査項目等を詳細に検討し比較可能項目の検討を行い、比較解析が可能なデータベースを作成した。

A. 研究目的

生活習慣の違いが生命予後や ADL・QOL に与える影響を明らかにするには遺伝背景は極めて近いが生活習慣が大きく異なる二集団を比較検討することが適している。NIPPON DATA90 は 1990 年に全国から無作為抽出された循環器疾患基礎調査受検者約 8500 人を対象とした追跡調査である。同様の研究がハワイの日系米人を対象に行われており、Honolulu Heart Program は 1965 年に開始されたハワイ在住の当時 45 歳以上の日系米人男性約 8000 人を対象とした追跡調査である。この集団は日本人の生活習慣の欧米化が究

極に進んだ状態とみなすことが可能である。極めて近い遺伝背景をもちながら生活習慣の大きく異なる二集団の組み合わせは NIPPON DATA および Honolulu Heart Program をおいて他にはない。

本年度は NIPPON DATA90 と Honolulu Heart Program の調査データを元に、比較解析が可能なデータベースを作成した。

B. 研究方法

NIPPON DATA90 と Honolulu Heart Program それぞれの調査内容（調査方法および調査項目）を入手し、それぞれの調査項目を詳細に

検討し比較可能項目の検討を行った。比較可能な項目について比較解析が可能なデータベースを作成した。

c. 本年度の進捗状況

1) NIPPON DATA90

NIPPON DATA90は1990年に全国から無作為抽出された循環器疾患基礎調査受検者約8500人を対象とした追跡調査である。循環器疾患基礎調査では身体計測や採血検査の他、既往歴や生活習慣について調査が行われた(資料1 平成2年循環器疾患基礎調査調査票)。追跡調査では5年毎の1995年、2000年、2005年に対象者の生存状況、死因を明らかにすると同時に65歳以上の生存者に対して全国の保健所を通じてADL・QOLを調査しており、これまでに検診時所見や生活習慣とADL・QOLや死因の関連を明らかにしてきた。本邦において全国規模、かつ高い追跡率をもってADL・QOLを調査した研究は他に存在せず非常に貴重なデータである。

ADL・QOL調査は対象者の居住する地域の保健所スタッフが、調査実施要領および調査票に基づき、原則、訪問による本人への聞き取り調査を行った(資料2 NIPPON DATA ADL調査依頼 資料3 調査実施要領)。調査項目は主に以下の54目である(資料4 調査票)。

- a. 対象者の家族構成
- b. 基本的ADL6項目(食事、排泄、更衣、入浴、屋内移動、屋外歩行)
- c. 都老研式活動指標13項目
- d. QOL3項目(生きがい感、幸福感、満足感)
- e. 既往歴(脳卒中、心筋梗塞、大腿部頸部骨折)

2) Honolulu Heart Program

Honolulu Heart Programは1965年に開始

されたハワイ在住の当時45歳以上の日系米人男性約8000人を対象とした追跡調査である。1991年の第4次以降の調査ではHonolulu Asia Aging Studyと称して対象者の生存状況、死因を明らかにすると同時に調査開始から26年を経て71歳以上となった生存者3741人に対して3年毎にADL・QOL調査を行っており2000年には第8次調査が終了している(資料5 Honolulu Heart Program 調査年度および調査項目概要)。このように長い追跡期間、高い追跡率を持ってADL・QOLを調査した日系米人研究は他に存在せず、非常に貴重なデータである。

ADL・QOL調査はHonolulu Heart Programのスタッフが、調査実施要領および調査票に基づき、原則、訪問による本人への聞き取り調査を行っている。調査項目は主に以下の5項目である(資料6-8 第4, 6, 8次調査調査票)。

- a. 対象者の家族構成
- b. 基本的ADL項目(食事、排泄、更衣、入浴、屋内移動、屋外歩行)
- c. 徒手的ADL(IADL)(電話、銀行の支払い等)
- d. 認知機能
- e. 既往歴

その他、調査年度により握力や血液検査等も調査している。

3) NIPPON DATA90とHonolulu Heart Programの比較可能性

上記NIPPON DATA90とHonolulu Heart Programの調査年度及び調査人数、調査項目概要を表1に示す。なおNIPPON DATA90本研究はベースライン時30歳以上の男女を対象としているが、今回の国際共同研究課題ではHonolulu Heart Programの対象者年齢や性別と合致させるため70歳以上の男性に対象者を絞っている。

調査年度および対象者の年齢を合致とい

う観点からはNIPPON DATA90の1990年調査、1995年調査、2000年調査がHonolulu Asia Aging Studyの4次調査、6次調査、8次調査とそれぞれ比較可能である。ADLおよびQOL調査内容の項目は、食事、排泄、更衣、入浴、移動という基本的ADL5項目は比較可能であった。その他、買い物、調理・配膳、支払いなどのIADL項目の一部も比較可能であった(表2)。しかし、これらの二つの調査では内容は同様の設問であってもそれに対する回答選択肢が異なるものもあり、再度共通の回答選択肢を作成し変換する必要があった。

また、NIPPON DATA90の1990年調査およびHonolulu Asia Aging Studyの4次調査では両研究ともに身体計測ならびに血液検査を

行っている。この2つの調査をベースラインとして、1995年調査と6次調査や、2000年調査と8次調査のADLおよびQOL調査結果をアウトカムとした縦断的比較も可能である。

D. 考察

NIPPON DATA90とHonolulu Asia Aging Studyの調査データを元に、これら2集団それぞれの調査項目等の比較可能性の検討を行ない、比較解析が可能なデータベースを作成した。

次年度は完成したデータベースを元に2集団のADL・QOLの状況を明らかにし、同時にこれらに与える影響の横断的検討、さらにベースライン調査から5年後、10年後のADL・QOL低下に与える影響の縦断的検討を行う。

表1 NIPPON DATA90およびHonolulu Heart Programの調査年度および調査内容概要

*NIPPON DATA90 調査年度 対象者年齢 対象者人数	Baseline 1990 70-95 492		5th year 1995 75- 304		10th year 2000 80- 167
†Honolulu Asia Aging 調査年度 対象者年齢 対象者人数	Exam 4 1991-93 71-93 3741	Exam 5 1994-96 74-95 2705	Exam 6 1997-99 77-98 1991	Exam 7 1999-00 79-100 1523	Exam 8 Mar-01 81-103 1179
座位血圧 心電図 呼吸機能検査 身長・体重 握力 ADL・QOL 認知機能 喫煙習慣・飲酒習慣 既往歴 血液検査	†* †* † †* † † † †* †* †* †*	† † † † † † † † †	† † † †* † † †* †	 † † † †	† † †* † † †* †

* NIPPON DATA90調査該当項目

† Honolulu Heart Program調査該当内容

表2 NIPPON DATAおよびHonolulu Heart Program 主要ADL調査項目

	NIPPON DATA90	Honolulu Heart Program
ADL調査質問項目		
食事	*	†
排泄	*	†
更衣	*	†
入浴	*	†
屋内移動	*	†
屋外移動	*	†
公共交通機関を利用する外出	*	
日用品の買い物	*	†
食事の用意(配膳・調理等)	*	†
請求書の支払い	*	†
銀行の預貯金の出し入れ	*	†
年金書類作成	*	
新聞をよみますか	*	
電話をかけますか		†

* NIPPON DATA90調査該当項目

† Honolulu Heart Program調査該当内容

担当研究報告 1. に関連する資料

資料 1. NIPPON DATA80 の基となった第 2 次循環器疾患基礎調査の調査票

資料 2. NIPPON DATA における保健所での ADL 調査の実施依頼文書

資料 3. NIPPON DATA における ADL・生活の質調査の実施要領

資料 4. NIPPON DATA における ADL・生活の質調査票

資料 5. 日系米人を対象とした Honolulu Heart Program 調査の概要

資料 6. 日系米人を対象とした Honolulu Heart Program で用いた調査票

資料 7. 日系米人を対象とした Honolulu Heart Program における ADL 調査票 (1)

資料 8. 日系米人を対象とした Honolulu Heart Program における ADL 調査票 (2)

付表 1

① 質 問 票 (調査票第 1 号)

様式第	1	号
総務庁承認 No	17535	
承認期限	平成 3 年 1 月 31 日まで	
厚	2 - 4 - 53 - 1	
平成 2 年 9 月 6 日登録		

(表 面)

平成 2 年度

循環器疾患基礎調査質問票

都 道
府 県

保健所

地区番号					-		市郡番号		X	
世帯番号			世帯員番号			性別	1 男	2 女	年齢	

※ 医師記入

受 検	受検状況	1 完了者	2 未完了者(途中で健診をやめた者)	3 未受検者					
	未受検理由	1 在宅の病人	2 入院中	3 長期不在	4 転出	5 忙しい	6 忘れた	7 健康だから	8 その他 ()

厚 生 省

質問1 あなたは医師から脳卒中といわれたことがありますか。・ 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方のみ次の質問にお答え下さい。

- (1) 最初に発病したのはいつ頃ですか。 1 一年以内 2 一年以上前
- (2) 発病したときの治療はどうしましたか。 1 入院した 2 通院した
- (3) 発病したときに、次の症状がありましたか。
- ア 激しい頭痛 1 なし 2 あり
- イ 意識障害 1 なし 2 あり
- ウ 手足のまひ 1 なし 2 あり
- エ 言語障害 1 なし 2 あり
- (4) 現在の治療はどうしていますか。
- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
- 3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他
- (5) 現在の日常生活動作はいかがですか。
- 1 ふつうの生活 2 屋外の歩行可能 3 屋内の歩行のみ
- 4 座ったままの生活 5 殆どねたきり
- (6) 現在、介助をうけていますか。
- 1 なし 2 一部介助 3 全面介助

質問2 あなたは医師から心筋梗塞といわれたことがありますか。

1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方のみ次の質問にお答え下さい。

- (1) 発病したときに30分以上続く強い胸の痛みがありましたか。
- 1 なし 2 あり
- (2) 現在の治療はどうしていますか。
- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
- 3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

質問3 あなたは医師から狭心症といわれたことがありますか。

- 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方のみ次の質問にお答え下さい。

(1) 発作時にニトログリセリンを服用したらどうなりましたか。

- 1 よくなった 2 よくならなかった

(2) 現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

質問4 あなたは医師から高血圧といわれたことがありますか。

- 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方のみ次の質問にお答え下さい。

(1) はじめて高血圧と診断されたのは何歳頃ですか。

() の中にそのときの年齢を書き入れて下さい。

- 1 満()歳頃 2 不明

(2) はじめて高血圧と診断されたのは、次のうちどれですか。

- 1 職場の健診 2 市町村の健診 3 人間ドック 4 医療機関
5 その他

(3) 現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

質問5 あなたは次に書いてある病気について、医師の治療を受けたことがありますか。

それぞれの病気ごとにあてはまる番号を1つ選んで○でかこんで下さい。

(1) 腎臓病 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方についておうかがいします。

現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

(2) 糖尿病 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方についておうかがいします。

現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

(3) 高脂血症又は高コレステロール血症 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方についておうかがいします。

現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

(4) 痛風又は高尿酸血症 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方についておうかがいします。

現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

(5) 貧血 1 なし 2 あり

「2 あり」と答えた方についておうかがいします。

現在の治療はどうしていますか。

- 1 通院していない 2 通院（月1回未満）している
3 通院（月1回以上）している 4 入院している 5 その他

質問6 あなたは現在次の事項に気がつけていますか。(又はしていますか。)あてはまる番号をすべて○でかこんで下さい。

- 1 薬(高血圧、心臓病、高コレステロール)をのんでいる。
- 2 お酒をへらしている(又はやめている)。
- 3 タバコをへらしている(又はやめている)。
- 4 食べものに気がつけている。
- 5 運動(ジョギングなど)をしている。
- 6 体に無理がかからないようにしている。
- 7 とくに何もしていない。

質問7 自覚症状についておたずねします。

あなたは次に書いてある動覚症状が過去1年間にありましたか。それぞれの症状ごとにあてはまる番号を○でかこんで下さい。

- (1) 胸が突然しめつけられたり、つまる感じ又は痛みがありましたか。
1 なし 2 あり
- (2) 胸に突然重いものをのせられたような重苦しい感じがありましたか。
1 なし 2 あり
- (3) 坂道や階段を上がる時、または力仕事等をした時にしめつけられるような胸の痛みが起きましたか。
1 なし 2 あり
- (4) 安静にしている時に突然しめつけられるような胸の痛みが起きましたか。
1 なし 2 あり
- (5) 夜または早朝にしめつけられるような胸の痛みで目がさめることがありましたか。
1 なし 2 あり
- (6) 30分以上続く強い胸の痛みがありましたか。
1 なし 2 あり
- (7) 脈が乱れたり、不整脈があると言われたことがありますか。
1 なし 2 あり
- (8) 舌が急にもつれる感じがありましたか。
1 なし 2 あり

- (9) 手足が不自由に感じたり、又は麻痺したことがありましたか。
 1 なし 2 あり
- (10) 意識を失ったことがありましたか。
 1 なし 2 あり
- (11) 歩き始めは異常ないが、しばらく歩くと足が痺れたり、痛んで歩けなくなるがしばらく休むと回復する。
 1 なし 2 あり

質問8 あなたは血圧測定、心電図・血液検査を過去1年間に受けたことがありますか。

- (1) 血圧の測定 1 受けていない 2 受けた
 「受けた」場合その受けた場所はどこですか。あてはまる番号をすべて○でかこんで下さい。
 1 職場の健診 2 市町村の健診 3 人間ドック 4 医療機関
 5 その他

- (2) 心電図検査 1 受けていない 2 受けた
 「受けた」場合その受けた場所はどこですか。あてはまる番号をすべて○でかこんで下さい。
 1 職場の健診 2 市町村の健診 3 人間ドック 4 医療機関
 5 その他

- (3) 血液検査 1 受けていない 2 受けた
 「受けた」場合その受けた場所はどこですか。あてはまる番号をすべて○でかこんで下さい。
 1 職場の健診 2 市町村の健診 3 人間ドック 4 医療機関
 5 その他

付表 2

② 身体状況調査票 (調査票第 2 号)

様式第 1 号
総務庁承認 № 17537
承認期限平成 3 年 1 月 31 日まで
厚 1 - 4 - 2 - 1
平成 2 年 9 月 10 日登録

平成 2 年国民栄養調査

身体状況調査票

都道府県

保健所

地区番号					市郡番号				世帯番号			世帯員番号	
性別	1 男	2 女	年齢										

(身体計測)					(問診)						
1. 身長				cm	9. 血圧降下薬 (心臓病又は血圧の薬)						
2. 体重				kg	① 服用したことがない						
3. 血圧	最高			mm Hg	② 毎日服用している						
	最低			mm Hg	③ 時々服用している						
4. 皮下脂肪厚	胸部			mm	④ 服用を中止した						
	背部			mm	⑤ 不明である						
5. 最大酸素摂取量				l	10. 喫煙						
				ml/kg	① 以前から (ほとんど) 吸わない						
6. 尿検査	蛋白	① - ② ± ③ + ④ ++			② 以前は吸っていたが今は吸わない						
	糖	① - ② ± ③ + ④ ++			③ 現在喫煙している						
7. 血液検査実施の有無	① 有	② 無			②を回答した者	平均		本	喫煙歴		年
8. 心電図検査実施の有無	① 有	② 無			③を回答した者	平均		本	喫煙歴		年
					11. 飲酒						
					① 以前から (ほとんど) 飲んでいない						
					② 以前は飲酒の習慣があったが現在は無い						
					③ 現在飲酒の習慣有り						
					②を回答した者	平均		合	飲酒歴		年
					③を回答した者	平均		合	飲酒歴		年
					12. 運動						
					① 健康上の理由で運動が出来ない						
					② 上記以外の理由で運動が出来ない						
					③ 運動の習慣有り						

厚生省

平成13年2月8日

札幌市保健所

先生

厚生科学研究費補助金「国民の代表集団による高齢者の
ADL、生活の質低下の予防に関するコホート研究」
主任研究者 上島 弘嗣

調査実施のお願い

この度、平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「国民の代表集団による高齢者のADL、生活の質低下の予防に関するコホート研究」の実施にあたり、高齢者の「ADL・生活の質調査」にご協力して頂ける旨のご回答を頂き、有り難うございます。本調査は、全国223の保健所のご協力により、1990年度循環器疾患基礎調査の追跡調査を行うもので、高齢社会が進展する中、国民衛生の現状を把握し、今後の指針を得るための貴重な情報基盤となるものであります。多忙な業務の中、お手数をおかけいたしますが、本調査の実施につき、宜しくお取りはからい下さいますようお願いいたします。

本状と共に下記の書類が同封されていることをご確認下さい。

- 1, 「ADL・生活の質調査」実施要項
- 2, 1990年度循環器疾患基礎調査受診者リスト
- 3, ADL・生活の質調査票(対象者の人数分)
- 4, 対象者への調査お願い文書(みなさまへ)
- 5, 返信用封筒(数枚)
- 6, 受領確認はがき (調査票の確認をして頂き、滋賀医大へ送り返して下さい)

尚、本調査についてのお問い合わせは、下記の事務局へご連絡下さい。

〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学福祉保健医学講座
教授 上島 弘嗣 (事務局;早川岳人)
電話 077-548-2191 FAX 077-543-9732

調査票が届きましたら、漏れがないかご確認の上「受領ハガキ」を滋賀医科大学へ返送下さい。

「ADL・生活の質調査」実施要領

【1】調査対象・調査内容

この調査は、平成2年（1990年）循環器疾患基礎調査受診者のうち、5年後の平成7年（1995年）の追跡において生存が確認された方を対象に、今年度10年後の追跡を実施するものです。今回「ADL・生活の質調査」の対象となるのは、平成12年（2000年）8月現在65歳以上で、9月の段階で生きておられることを確認いたしました方々です。

該当地区・対象者については別紙「1990年循環器疾患基礎調査受診者リスト」をご参照下さい。詳細は、別添の調査票をご参照下さい。

【2】調査方法

この調査は、保健所スタッフの、訪問調査による本人への聞き取り調査を原則としています。電話での聞き取り、郵送等で調査が行われる場合は、調査票の調査形態にその方法をご記入下さい。

調査期間は、平成13年1月15日（火）までにお願ひ致します。

【3】調査票の記入方法

1) 個人情報

対象者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所が書き入れてあります。記載内容に間違いがあれば赤ペンで訂正して下さい。尚、個人番号は事務局で便宜上付けた通し番号です。

2) 調査に関する記録

1. ADL調査の可否

「ADL、生活の質調査」が出来たかどうかを、出来たら<可>を、調査を拒否されたら<拒否>、対象者の所在が不明でしたら<不明>に○をして下さい。また不明の場合、調査票の一番下の欄に理由をお書き下さい。

(例) 長期入院、長期入所（苑）、現在調査地区以外にお住まい など

尚、対象者は、本年8月から9月中旬にかけて当方で当該住所に居住していることを確認しておりますが、その後、死亡された場合は、赤ペンで「死亡」と書いてご返送下さい。

もし、死亡年月日がお分かりになるようでしたらご記入下さい。

2. 調査年月日

「ADL、生活の質調査」調査時の年月日を記入下さい。

3. 調査形態

この調査は、原則として訪問による本人への聞き取り調査で行います。電話による聞き取り、その他の方法による場合は、その調査方法に該当するものに○を付けてください。その他の場合はその方法を記入下さい。

4. 家族構成

現在の調査対象者の家族構成に当てはまる番号に○を付けてください。1～5.の詳細は以下の通りです。

1. 独居；本人のみで生活されている場合
2. 高齢者夫婦；対象者とその配偶者だけで生活されている場合
3. 二世帯同居；対象者、もしくはその配偶者と、その子どもと生活されている場合。対象者の孫は含みません。
4. 三世帯同居；対象者、もしくはその配偶者と、その子ども、孫と生活されている場合。対象者と孫とで生活されている場合も含めて下さい。
5. その他；上記の1～4以外の方。四世代家族以上の方も含まれます。この場合は家族構成を具体的に記入下さい。

5. 回答者

対象者本人に対する聞き取り調査が原則ですが、やむを得ずご本人以外にお聞きの場合は、「2. その他」に○を付けた上で、回答者の続柄をお書き下さい。

3) ADL、生活の質調査項目

1～22までの質問に対して、当てはまる項目に、それぞれ一つ、○を付けて下さい。
本人以外の方にお聞きの場合は、少なくとも質問1～6は回答して下さい。

4) 既往歴の調査項目

本人以外の方が回答される場合も調査して下さい。既往が複数回ある方は、もっとも新し

い罹患時期をご記入下さい。下肢骨折については、大腿骨頸部とその他の部位について分けて回答して下さい。対象者へのたずね方は、「あなたは医師から脳卒中(心筋梗塞、下肢骨折)だと言われたことがありますか?」として下さい。

【4】事務局への返送

記入済み調査票がある程度集まった段階で、同封しました封筒にてご返送下さい。調査の都合上、ばらばらになっても構いませんので順次事務局へ郵送下さい。

期日(平成13年1月15日)が経過して、貴所から調査票のご返信がない場合、こちらからお問い合わせをさせていただきますので、あらかじめご了承下さい。調査票は可否に関わらず全てお返し下さい。

尚、この事業は、平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)によるものであり、調査の実施については、平成12年5月16日に開催された全国保健所長会理事會でご承認を頂いたものです。お問い合わせは下記にご連絡下さい。

連絡先 ; 〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

国立滋賀医科大学 福祉保健医学講座

電話 077-548-2191 (直通) FAX 077-543-9732

担当: 早川岳人・大原 操

備考; 調査を始めるに際して、何らかの理由で調査地区、調査対象者等限定される場合は、事務局の方にお知らせ下さい。

平成12年度厚生科学研究費補助金「国民の代表集団による高齢者のADL、生活の質低下の予防に関するコホート研究

保健所名

ADL・生活の質調査票

ID

1990年循環器疾患基礎調査個人情報

調査対象者氏名

平成12年年齢

歳

2000年
住所

BIRTHDAY

以下の質問に回答願います(数字に○をつけてください)

ADL調査・可否

1.可 2.拒否 3.不明

調査年月日

平成 年 月 日

調査形態

1.訪問調査 2.電話調査 3.その他()

家族構成

1.独居 2.高齢者夫婦 3.二世帯同居 4.三世帯同居 5.その他

回答者

1.本人 2.その他()

- | | | | |
|----------------------------|------------------------|---|---|
| 1.食事 | 1.自立 2.半介助 3.全介助 | 13.新聞を読んでいますか | 1.はい 2.いいえ |
| 2.排泄 | 1.自立 2.半介助 3.全介助 | 14.本や雑誌を読んでいますか | 1.はい 2.いいえ |
| 3.着替え | 1.自立 2.半介助 3.全介助 | 15.健康についての記事や番組に関心がありますか | 1.はい 2.いいえ |
| 4.入浴 | 1.自立 2.半介助 3.全介助 | 16.友達の家を訪ねることがありますか | 1.はい 2.いいえ |
| 5.屋内移動 | 1.自立 2.補助具 3.半介助 4.全介助 | 17.家族や友達の相談にのることがありますか | 1.はい 2.いいえ |
| 6.屋外歩行 | 1.自立 2.補助具 3.半介助 4.全介助 | 18.病人を見舞うことができますか | 1.はい 2.いいえ |
| 7.バスや電車を使って一人で外出できますか | 1.はい 2.いいえ | 19.若い人に自分から話しかけることができますか | 1.はい 2.いいえ |
| 8.日用品の買い物ができますか | 1.はい 2.いいえ | 20.現在の生活に全体としてどの程度満足していますか | 1.満足 2.まあ満足 3.どちらでもない
4.やや不満 5.不満 6.不明 |
| 9.自分で食事の用意ができますか | 1.はい 2.いいえ | 21.現在、あなたは幸福だと思いますか。 | 1.はい 2.まあまあ思う 3.どちらでもない 4.思わない 5.不明 |
| 10.請求書の支払いができますか | 1.はい 2.いいえ | 22.「生きがい」や「生活のはり」「いきいきと生きているな」と感じる時がありますか | 1.ある 2.ときどき 3.ない 4.不明 |
| 11.銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか | 1.はい 2.いいえ | | |
| 12.年金などの書類が書けますか | 1.はい 2.いいえ | | |

- 20.現在の生活に全体としてどの程度満足していますか
- 21.現在、あなたは幸福だと思いますか。
- 22.「生きがい」や「生活のはり」「いきいきと生きているな」と感じる時がありますか

23.既往歴

脳卒中既往

1.有り(昭和・平成 年 月) 2.なし

心筋梗塞既往

1.有り(昭和・平成 年 月) 2.なし

大腿頸部骨折

1.有り(昭和・平成 年 月) 2.なし

その他の下肢骨折

1.有り(昭和・平成 年 月) 2.なし

(部位:)

備考欄

調査不可理由等

LIST OF VARIABLES MEASURED AT ALL EXAMINATIONS OF THE HONOLULU HEART PROGRAM AND HONOLULU-ASIA AGING STUDY

	TOTAL COHORT			LIPOPROTEIN COHORT (30% RANDOM SAMPLE)			TOTAL COHORT						
	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Mail Q	Exam 4	Exam 5	Exam 6	Exam 7	Exam 8	Exam 9
Time Period	1965-68	1967-70	1971-74	1970-72	1975-78	1980-82	1987-90	1991-93	1994-96	1997-99	1999-00	2001-04	2003-05
Total Number	8006	7498	6860	2780	2386	1965	4655	3741	2705	1991	1523	1179	909
Mean Age	54.4	56.4	60.2	58.4	63.8	67.7	74.5	77.8	80.0	82.7	83.9	86.4	87.8
Age Range	45-68	48-70	51-75	51-72	56-78	67-81	67-89	71-93	74-95	77-98	79-100	82-102	84-103
							BRAIN AUTOPSY PROGRAM						
CONTINUOUS HOSPITAL SURVEILLANCE FOR ALL MORTALITY AND SELECTED MORBIDITY, INCLUDING CHD AND STROKE													
DEMOGRAPHIC INFORMATION, MEDICAL AND FAMILY HISTORY													
Demographic Information	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Education	X		X					X					
Occupation	X	X	X			X							
Environmental & Occupational Exposures	X		X					X		X			
Family History	X			X				X	X	X	(X) N=437	X	
Detailed Medical History	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Chest Pain-Rose questionnaire	X	X			X	X		X					
Claudication-Rose questions	X	X			X	X		X					
Pulm. Symptom questionnaire		X	X					X					
Medications	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(X)=indicates a variable measured only for subsample

	TOTAL COHORT			LIPOPROTEIN COHORT (30% RANDOM SAMPLE)			TOTAL COHORT						
	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Mail Q	Exam 4	Exam 5	Exam 6	Exam 7	Exam 8	Exam 9
Time Period	1965-68	1967-70	1971-74	1970-72	1975-78	1980-82	1987-90	1991-93	1994-96	1997-99	1999-00	2001-04	2003-05
PHYSICAL AND SENSORY FUNCTION													
Handgrip Strength	X	X						X	X	X			X
Performance-Based Function (EPESE Battery)								X	X	X			X
Physical Function Questionnaire (ADLs, IADLs)								X	X	X		X	X
Hearing & Vision Questionnaire								X					
Hearing Testing								(X) N=889					
Vision Testing								(X) N=893					
Reaction Time								(X) N=837	X				
Olfaction Testing								(X) N=878	X				
COGNITIVE FUNCTION													
CASI (Cognitive Screen)								X	X	X	X	X	X
Dementia Risk Factor Questions								X					
CERAD Neuropsychologic Test Battery								(X) N=941	(X) N=841	(X) N=319	(X) N=176	(X) N=927	(X) N=373
Neurological Examination		X	X		X	X		(X) N=934	(X) N=752	(X) N=294	(X) N=174	(X) N=928	(X) N=375
Proxy Interview								(X) N=880	(X) N=724	(X) N=313	(X) N=172	(X) N=893	(X) N=359
Dementia Workup (CT Scans & Blood Tests)								(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
MRI Brain Scans									(X) 620				

(X)=indicates a variable measured only for subsample

Exam # 9 (1991-1993)

HONOLULU HEART PROGRAM EXAMINATION 4		Module <u>0 1 K</u> HHP No. <u>A 0</u>					
Department of Health and Human Services Public Health Service - National Institutes of Health OFFICE OF MANAGEMENT AND BUDGET NO. 0925-0122 APPROVAL EXPIRES APRIL 30, 1994		Exam Date (mm-dd-yy) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
		Birth Date (mm-dd-yy) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
		Present Address					
		Phone Number					
Name of Friend or Relative		Relationship					
Address of Friend or Relative							
Name of Friend or Relative		Relationship					
Address of Friend or Relative							
Name of Personal Physician		Physician Code		Send results to physician			
				No	Yes		
				0	1		
Place of Examination If "Other", specify:		Clinic	Home	Nursing home	Other		
		1	2	3	4		
Source of information If other than self, reason for proxy:		Self		Wife	Other		
		1		2	3		
Present address is If "Other", specify:		Own Residence	Care Home	Nursing Home	Relative's Home	Rehabilitation Hospital	Other
		1	2	3	4	5	6
Alert Condition(s): <input type="checkbox"/> Hearing Impairment <input type="checkbox"/> Vision Impairment <input type="checkbox"/> Other: _____							
Clinic Personnel Please Check the Following:					Exam not completed in one session		
					New Address		
Cover sheet, Hearing and Vision, Seated Blood Pressure, Medications		Personal History, Medical History, Neurological Exam			Quality Control - Blood		
Lab #1: ECG, Orthostatic Blood Pressure		Psychosocial, CASI			Quality Control - ECG		
Lab #2: Phlebotomy, Glucose Tolerance Test		Physical Exam and Evaluation			Quality Control - Hematology		
Lab #3: Anthropometry, Spirometry		Supplemental Questionnaire			Quality Control - Spirometry		
					Selected to participate Module II		

ASSESSMENT OF HEARING and VISION

1. Have you ever worn a hearing aid?	No	0	→ If "Yes", how often do you usually wear a hearing aid these days?	Never or almost never	1
	Yes	1		Occasionally	2
	Don't know	9		Often or nearly always	3
				Don't know	9

	No	Usually	Sometimes	Don't know
2. If a person talks to you in a whisper, can you usually understand what he says? (with a hearing aid, if you use one)	0	1	2	9
3. If a person talks to you in a normal voice, can you usually understand what he says without watching his mouth? (with a hearing aid, if you use one)	0	1	2	9
4. Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends, relatives or neighbors?	0	1	2	9
5. Does a hearing problem cause you difficulty when listening to television or radio?	0	1	2	9
6. Do you wear eyeglasses or contact lens?	0	1	2	9
7. Can you see well enough to recognize a friend across a street? (wearing eyeglasses or contact lenses, if you need them)	0	1	2	9
8. Can you see well enough to read ordinary newspaper print? (wearing eyeglasses or contact lenses, if you need them)	0	1	2	9
9. Sometime in their middle years most people have to start wearing eyeglasses, bifocals or change their prescriptions for reading or close work. About how old were you when that happened to you? (encourage to make best guess)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (code 00 for did not occur) (code 99 for don't remember)			

10. Were HEARING and VISION completed?	No	0	→ If "No", specify reason(s):
	Yes	1	

SEATED BLOOD PRESSURE

Observer _____

	Pediatrics	Regular	Large arm	Thigh
1. Cuff size	1	2	3	4
<i>Pulse Obliteration Pressure</i>				
2. Standard manometer palpated systolic			+	3 0
3. Peak inflation level			=	
4. Add maximum zero level			+	
5. R-Z Peak inflation level			=	
6. First standard manometer reading	<u>Systolic</u>		<u>Diastolic</u>	
7. Second standard manometer reading	<u>Systolic</u>		<u>Diastolic</u>	
<i>Zero Muddler Seated Blood Pressure</i>				
8. R-Z blood pressure reading	<u>Systolic</u>		<u>Diastolic</u>	
9. Zero				
10. Was BLOOD PRESSURE completed? If "No", specify reason(s):			No	Yes
			0	1
<i>Comment:</i>				

MEDICATIONS and VITAMINS

1. Are you taking prescribed medication for high blood pressure?	No	0	→	If "Yes", how long? Name of medication(s): _____	Years	Months
	Yes	1			_____	_____
	Don't know	9			_____	_____

2. Are you taking drugs to lower your cholesterol?	No	0	→	If "Yes", how long? Name of medication(s): _____	Years	Months
	Yes	1			_____	_____
	Don't know	9			_____	_____

3. Are you participating in any drug clinical trial?	No	0	→	If "Yes", specify: _____
	Yes	1		
	Don't know	9		

4. Have you taken vitamin or dietary supplements for at least one week in the past month?	No	0	→	If "Yes", complete the table below.
	Yes	1		
	Don't know	9		

	Brand name	Strength (mg)	No. of pills per day
5. Vitamin A	_____	_____	_____
6. Vitamin C	_____	_____	_____
7. Vitamin E	_____	_____	_____
8. Vitamin - Multi	_____	_____	_____
9. Minerals/Calcium	_____	_____	_____
10. Fish Oil supplements	_____	_____	_____
11. Other 1 _____	_____	_____	_____
12. Other 2 _____	_____	_____	_____
13. Count total number	_____		

14. Were MEDICATIONS and VITAMINS completed?	No	0	→	If "No", specify reason(s):
	Yes	1		

**PRESCRIPTION
MEDICATIONS**

Module 0, 2 K HHP No. A 0

Date (mm-dd-yy) _____

Interviewer _____

Do you take any prescription medications?

No	Yes	Don't know
0	1	9

Record all prescription medications taken within the past 2 weeks whether available for inspection or not.
Put a "*" next to the number to indicate not available for inspection.

	Medicine Name Print the first 20 letters only - please print clearly	Strength (mg) Write the decimal as one of the digits.	Number Prescribed Circle: day, week or month	PRN Medicine?	On the average during the last two weeks, how many of these pills did you take a day (or week/month)?
1			___ D W M Y N	___ D W M	
2			___ D W M Y N	___ D W M	
3			___ D W M Y N	___ D W M	
4			___ D W M Y N	___ D W M	
5			___ D W M Y N	___ D W M	
6			___ D W M Y N	___ D W M	
7			___ D W M Y N	___ D W M	
8			___ D W M Y N	___ D W M	
9			___ D W M Y N	___ D W M	
10			___ D W M Y N	___ D W M	
11			___ D W M Y N	___ D W M	
12			___ D W M Y N	___ D W M	
13			___ D W M Y N	___ D W M	
14			___ D W M Y N	___ D W M	
15			___ D W M Y N	___ D W M	

Pharmacy Name(s) and Prescription Number(s)

Was PRESCRIPTION MEDICATIONS completed?

No 0 → If "No", specify reason(s):
Yes 1

**NON-PRESCRIPTION
MEDICATIONS**

Module 03K HMP No. A0

Date (mm-dd-yy) : : : Interviewer

Do you take any non-prescription medications? No Yes Don't know
0 1 9

Record all non-prescription medications taken within the past 2 weeks whether available for inspection or not. Put a "" next to the number to indicate not available for inspection.*

	Medicine Name Print the first 20 letters only - please print clearly	Strength (mg) Write the decimal as one of the digits.	Number Prescribed Circle: day, week or month	PRN Medicine?	On the average during the last two weeks, how many of these pills did you take a day (or week/month)?
			___ D W M Y N		___ D W M
1			___ D W M Y N		___ D W M
2			___ D W M Y N		___ D W M
3			___ D W M Y N		___ D W M
4			___ D W M Y N		___ D W M
5			___ D W M Y N		___ D W M
6			___ D W M Y N		___ D W M
7			___ D W M Y N		___ D W M
8			___ D W M Y N		___ D W M
9			___ D W M Y N		___ D W M
10			___ D W M Y N		___ D W M
11			___ D W M Y N		___ D W M
12			___ D W M Y N		___ D W M
13			___ D W M Y N		___ D W M
14			___ D W M Y N		___ D W M
15			___ D W M Y N		___ D W M

Pharmacy Name(s)

Was NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS completed? No 0 → If "No", specify reason(s):
Yes 1

LAB DATA #1

BLOOD PRESSURE and ECG

Module 0.4 K HHP No. A 0

Date (mm-dd-yy) :

BLOOD PRESSURE Observer

ECG Technician

Orthostatic Blood Pressure and Heart Rate Measurements

Supine reading

1. Heart rate: beats in 30 seconds

2. Blood pressure standard manometer

Systolic	Diastolic
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Supine Ankle-Arm Blood Pressure Index
Systolic Readings Doppler Stethoscope

3. First readings:

	Systolic
a. right brachial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. right posterior tibial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. left posterior tibial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Second readings:

	Systolic
a. left posterior tibial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. right posterior tibial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. right brachial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ask participant to stand for 3 minutes

5. Are you feeling any dizziness, faintness or lightheadedness?

No	Yes	
	immediate and transient	non-transient
0	1	2

Standing Reading (after 3 minutes of standing)

6. Heart rate: beats in 30 seconds

7. Blood pressure

Systolic	Diastolic
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

8. Was BLOOD PRESSURE completed? If "No", specify reason(s):

No	Yes
0	1

1. Results of ECG

Not done	0	→ skip to 2.
Incomplete	1	→ skip to 2.
Done	2	

2. Reason ECG incomplete or not done

Software malfunction	1
Hardware malfunction or lack of supplies	2
Insufficient time available or room not available	3
Participant refused or uncooperative	4
Excluded by staff for safety	5
Participant unable to perform	6
Other: _____	7
Don't know	9

Comment:

LAB DATA #2

Module **0 5 K** HHP No. **A 0**

**PHLEBOTOMY and
GLUCOSE TOLERANCE TEST**

Date (mm-dd-yy) Phlebotomist

1. If participant is selected for quality control enter ID, or else leave blank

2. Do you bleed or bruise easily?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
3. Have you ever been told you have a disorder related to blood clotting or coagulation?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
4. Have you ever experienced fainting spells while having blood drawn?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
5. Do you have diabetes?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9

If "Yes"	a. Do you take insulin?	No	0	→ If "Yes", for how long?	Years	Months
		Yes	1		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Don't know	9			
	b. Are you taking pills for diabetes?	No	0	→ If "Yes", for how long?	Years	Months
		Yes	1		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Don't know	9			

6. Other than water, how long ago was your last food or drink? Hours Minutes

	No	Yes	Unk
7 a. Have you had an stomach resection?	0	1	9
b. Do you have an active ulcer?	0	1	9
c. Do you have stomach cancer?	0	1	9
d. Are you willing to take glucose tolerance test?	0	1	9
e. (For examiner only) Can glucose tolerance test be done?	0	1	9

8. Time fasting blood draw was done (hr:min)

9. Time glucola was administered (hr:min)

10. Time of 2 hours blood draw to be done (hr:min)

11. Time glucose tolerance blood draw was done (hr:min)

12. Was PHLEBOTOMY completed?	No	0	→ If "No", specify reason(s):
	Yes	1	

LAB DATA #3

**ANTHROPOMETRY
and SPIROMETRY**

Module **06K** HHP No. **A0**

Date (mm-dd-yy)

Technician

Anthropometry

Spirometry

1. Standing height cm

2. Arm span cm

3. Unadjusted sitting height cm

4. Chair height cm

5. Weight kg

6. Hip circumference cm

7. Waist circumference cm

8. Triceps skinfold cm

9. Subscapular skinfold cm

10. Was ANTHROPOMETRY completed?
If "No", specify reason(s):

No	Yes
0	1

1. Did you take any pills or inhalers for breathing problems during the last 24 hours?

No	Yes	Don't know
0	1	9

If "Yes", how many hours ago?

If "Yes", enter up to 3 choices

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <i>Examples of Inhalers</i> | <i>Bronchodilator Pills</i> |
| 01 Albuterol | 21 Aminophylline |
| 02 Alupent | 22 Cholellyl |
| 03 Asthma-Haler | 23 Ellixophyllin |
| 04 Asthma-Nefrin | 24 Lufyllin |
| 05 Atrovent | 25 Qulbron |
| 06 Bronkald Mist | 26 Sle-Phyllin |
| 07 Bronkometer | 27 Tedral |
| 08 Isuprel | 28 Theophylline |
| 09 Metraprel | 29 Theo-Dur |
| 10 Primatine Mist | 30 Theo-24 |
| 11 Proventil | 31 Uniphyll |
| 12 Ventolin | 32 Other _____ |
| 13 Other _____ | 99 Unk (Bronchodilator pills) |
| 98 Unk (Inhalers) | |

2. Did you take a beta blocker pill for high blood pressure or heart trouble during the last 24 hours?

No	Yes	Don't know
0	1	9

If "Yes", how many hours ago?

If "Yes", which one?

- | | |
|--------------|----------------|
| 01 Blocadren | 06 Sactal |
| 02 Corgard | 07 Tenormin |
| 03 Inderal | 08 Timolide |
| 04 Lopressor | 09 Visken |
| 05 Normozide | 10 Other _____ |
| | 99 Unknown |

3. Did you smoke a cigarette, pipe, or cigar during the last hour?

No	Yes	Don't know
0	1	9

4. Did you have any coffee, tea, cola or other caffeine containing drinks in the past 4 hours?

0	1	9
---	---	---

5. Have you had a respiratory infection in the past 3 weeks? For instance, a cold, flu, bronchitis, or pneumonia.

0	1	9
---	---	---

6. Was SPIROMETRY completed? If "No", specify reason(s):

0	1
---	---

PERSONAL HISTORY

Module 07K HHP No. A 0

Date (mm-dd-yy) Interviewer

1. What is your present marital status?

Single (Never married)	1
Married	2
Divorced	3
Widowed	4
Separated	5
Unknown	9

If you are widowed, divorced or separated, in what year did this occur? 19

2. Are you retired?

No	Yes	Unk
0	1	9

If "Yes", complete part a and b.
a. At what age did you retire?

b. What is the main reason for retirement?

Voluntary	1
Employer regulation	2
Ill health	3
Other:	4
Unknown	9

3. Do you currently do work for pay?

No	Yes	Unk
0	1	9

If "Yes", about how many hours per week?

4. Do you do regular volunteer work?

No	Yes	Unk
0	1	9

If "Yes", what is the average number of hours per week?

Please specify type of work: _____

5. If you don't mind answering, what is the approximate yearly or monthly household income of you and your wife?

Yearly	Monthly	
Under \$5000	Under \$416	1
\$5000 - \$9999	\$417 - \$833	2
\$10000 - \$14999	\$834 - \$1249	3
\$15000 - \$19999	\$1250 - \$1666	4
\$20000 - \$29999	\$1667 - \$2499	5
\$30000 or more	\$2500 or more	6
Unknown/Refused		9

6. How many people are supported by this income?

7. Were either of your parents ever diagnosed as having:

	Neither	Father	Mother	Both	Unknown
High blood pressure	0	1	2	3	9
Stroke	0	1	2	3	9
Heart attack	0	1	2	3	9
Cancer	0	1	2	3	9
Asthma	0	1	2	3	9
Alzheimer's disease or senile dementia or severe memory problem	0	1	2	3	9
Chronic lung disease (e.g. bronchitis, emphysema)	0	1	2	3	9
Are they still living?	0	1	2	3	9

8. If alive, current age? If dead, age at death? (code 99=Unknown)

Father	Mother
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

9. If dead, in what year did they die? (code 99=Unknown)

Father	Mother
<u>19</u> <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>19</u> <input type="text"/> <input type="text"/>

10. What is the average number of hours you spend per day in:

a. Heavy activity - as shoveling, digging	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. Moderate activity - as gardening or carpentry	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Slight activity - as walking on level ground	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. Sedentary activity - as sitting or standing, reading, eating, listening to music or watching TV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. No activity - as sleeping or lying down	<input type="text"/> <input type="text"/>

(CHECK THAT SUM OF TOTAL COLUMN EQUALS 24 HOURS)

11. Do you exercise regularly? (include walking for exercise)

No	Yes	Unk
0	1	9

If "Yes", how many hours per week, on average?

12. How many flights of stairs do you climb each day? (let one flight = approximately 10 steps)

13. How many city blocks or equivalent do you walk each day? (let 1 mile = 12 blocks)

PERSONAL HISTORY - SMOKING and ALCOHOL DRINKING

CIGARETTE SMOKING	ALCOHOL DRINKING																														
<p>12. Do you smoke cigarettes now? No Yes Unk 0 1 9</p> <p><i>If "Yes", complete part a and b and skip to 14.</i></p> <p>a. What is the usual number per day? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. At what age did you start smoking cigarettes? <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>14. Do you drink alcoholic beverages now? No Yes Unk 0 1 9</p> <p>15. If you do not drink alcoholic beverages now, did you drink them regularly in the past? No Yes Unk 0 1 9</p> <p><i>If "Yes" in 14 or 15 complete the following table. Else skip to 17.</i></p> <p><i>(code 00 if less than once a month)</i></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Do (Did) you drink:</th> <th>No</th> <th>Yes</th> <th>Times per month</th> <th>When you drink how much do (did) you drink each time?</th> <th>For how many years?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wine</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>:</td> <td>glasses (4 oz)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beer</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>:</td> <td>cans (12 oz)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Liquor</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>:</td> <td>shots (1 1/2 oz)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sake</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>:</td> <td>go (6 oz)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Do (Did) you drink:	No	Yes	Times per month	When you drink how much do (did) you drink each time?	For how many years?	Wine	0	1	:	glasses (4 oz)		Beer	0	1	:	cans (12 oz)		Liquor	0	1	:	shots (1 1/2 oz)		Sake	0	1	:	go (6 oz)	
Do (Did) you drink:	No	Yes	Times per month	When you drink how much do (did) you drink each time?	For how many years?																										
Wine	0	1	:	glasses (4 oz)																											
Beer	0	1	:	cans (12 oz)																											
Liquor	0	1	:	shots (1 1/2 oz)																											
Sake	0	1	:	go (6 oz)																											
<p>13. If you do not smoke cigarettes now, did you smoke them regularly in the past? No Yes Unk 0 1 9</p> <p><i>If "Yes", complete part a, b, c, d.</i></p> <p>a. What was the usual number per day? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. At what age did you start smoking cigarettes? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c. At what age did you stop smoking? <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>16. If you don't drink alcoholic beverages now, why did you stop drinking? Ill health 1 Physician's advice 2 Knowledge of harmful effect 3 Loss of desire to smoke 4 Economic reasons 5 Other _____ 6 Unknown 9</p> <p><i>(choose the strongest reason)</i></p>																														
<p>d. Why did you stop smoking? Ill health 1 Physician's advice 2 Knowledge of harmful effect 3 Loss of desire to smoke 4 Economic reasons 5 Other _____ 6 Unknown 9</p> <p><i>(choose the strongest reason)</i></p>	<p>17. Was PERSONAL HISTORY completed? No Yes If "No", specify reason(s): 0 1</p>																														

MEDICAL HISTORY

PERCEIVED HEALTH and MEDICAL SERVICE UTILIZATION

Module **0 8 K** HHP No. **A 0**

Date (mm-dd-yy) Interviewer

We'd like you to answer some questions about how you feel about your life and your health in general. There are no right or wrong answers. We are only interested in your feelings and opinions. (#1, #2, #3, #9 not to be answered by a proxy)

#1. How would you rate your general health at the present time?	Excellent	1
	Good	2
	Fair	3
	Poor	4
	Don't know	9

#2. How satisfied are you with the overall quality of life in your present age and circumstances?	Very satisfied	1
	Satisfied	2
	Reasonably satisfied or so-so	3
	Dissatisfied	4
	Don't know	9

#3. How much control do you have in deciding the activities of your daily life?	A lot of control	1
	Some control	2
	Very little control	3
	No control	4
	Don't know	9

	No	Yes	Unk
4. Do you usually have regular health check-ups?	0	1	9

5. Do you have Medicare B? If "Yes", No. _____	0	1	9
---	---	---	---

6. Do you have other medical insurance in addition?	0	1	9
---	---	---	---

7. How many different times were you in the hospital at least overnight in the past 12 months? (code 999=Unknown)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospital _____		

8. About how many times in the past 5 years? (code 999=Unknown)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospital _____		

#9. Do you regard the availability of your (doctor, hospital) care as:	Excellent	1	1
	Satisfactory	2	2
	Unsatisfactory	3	3
	Unknown	9	9

In question 10 and 11 code 000 for "None", 999 for "Unknown"

10. In the past year how many times have you seen a:	No. of times		
	Doctor	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dentist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Psychiatrist or psychologist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Speech therapist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Physical therapist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Podiatrist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Acupuncturist	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Shiatsu massage practitioner	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Chiropractor	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Public health or visiting nurse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Social worker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 1 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Other 2 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Other 3 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Other 4 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11. In the past year how many days have you made use of a:	No. of days		
	Day care center	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Care home name: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nursing Home name: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rehabilitation hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Handivan/handicab	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Was PERCEIVED HEALTH and MEDICAL SERVICE UTILIZATION completed? If "No", specify reason(s):	No	Yes
	0	1

MEDICAL HISTORY - ANGINA

1. Have you ever had any pain, discomfort, pressure, or heaviness in your chest?	No	0	→ If "No" skip to 8.		
	Yes	1			
	Don't know	9			
2. Do you get this pain, discomfort, pressure or heaviness when you walk uphill or hurry?	No	0	→ If "No" skip to 8.		
	Yes	1			
	Don't know	9			
3. Do you get it when you walk at an ordinary pace on level ground?	No	0			
	Yes	1			
	Don't know	9			
4. What do you do when you get this pain while you are walking?	Stop or slow down	0			
	Continue at same pace	1			
	Don't know	9			
5. Does it go away when you stand still?	No	0	→ If "Yes", how soon?	10 minutes or less	0
	Yes	1		more than 10 minutes	1
	Don't know	9		Don't know	9
6. Does it go away if you use nitroglycerin?	No	0	→ If "Yes", how soon?	10 minutes or less	0
	Yes	1		more than 10 minutes	1
	Don't know	9		Don't know	9
7. Have you had a severe pain across the front of your chest lasting for half an hour or more?	No	0			
	Yes	1			
	Don't know	9			

MEDICAL HISTORY - STROKE and TIA

Have you had a sudden episode with any of the following symptoms:	No	Yes		Possible		Don't know
		one side	both sides	one side	both sides	
8. Sudden weakness, or paralysis of arm/leg?	0	1	2	3	4	9
9. Sudden tingling, numbness or loss of sensation over arm/leg?	0	1	2	3	4	9
10. Sudden blindness, blurring of vision or double vision?	0	1	2	3	4	9
		No	Yes	Possible	Don't know	
11. Sudden disturbance of speech?		0	1	2	9	
12. Sudden dizziness or loss of balance?		0	1	2	9	

MEDICAL HISTORY - INTERMITTENT CLAUDICATION

13. Do you get a pain in either leg on walking?	No	0	→ If "No", skip to 22.	No	0	
	Yes	1		→ If "Yes", does this pain ever begin when you are standing still or sitting?	Yes	1
	Don't know	9			Don't know	9
14. Do you get this pain in your calf or calves?	No	0	→ If "No", skip to 22.			
	Yes	1				
	Don't know	9				
15. Do you get it when you walk uphill or hurry?	No	0	→ If "No", skip to 22.			
	Yes	1				
	Don't know	9				
16. Do you get it when you walk at an ordinary pace on level ground?	No	0				
	Yes	1				
	Don't know	9				
17. Does this pain ever disappear while you are still walking?	No	0				
	Yes	1				
	Don't know	9				
18. What do you do if you get it when you are walking?	Stop or slow down	0				
	Continue at same pace	1				
	Don't know	9				
19. Does it go away when you stand still?	No	0	→ If "No", skip to 22.	10 minutes or less	0	
	Yes	1		→ If "Yes", how soon?	more than 10 minutes	1
	Don't know	9			Don't know	9
20. At what age did you start having this pain? 						
21. Were you ever hospitalized for this problem in your legs?	No	0	→ If "Yes", which hospital? _____ Date (mm-yy): 			
	Yes	1				
	Don't know	9				
22. Were ANGINA, STROKE and INTERMITTENT CLAUDICATION completed?	No	0	→ If "No", specify reason(s): _____			
	Yes	1				

MEDICAL HISTORY - OTHER CARDIOVASCULAR

	No	Yes		Don't know
		past only	present	
1. Do you ever wake up at night gasping for breath?	0	1	2	9
2. Do you get short of breath at night unless you sleep on two or more pillows?	0	1	2	9
3. Do you wake up at night coughing?	0	1	2	9
4. Do you have swelling of your ankles or legs?	0	1	2	9
5. Have you ever had phlebitis or varicose veins?	0	1	2	9

Since your last HHP exam has a doctor told you that you had:		Earliest date (mm-yy) since last HHP exam	In patient	Out patient	Physician name	Hospital name or physician clinic
6. Congestive heart failure?	No	0				
	Yes	1	→	1	2	
	Don't know	9				
7. Heart attack or coronary?	No	0				
	Yes	1	→	1	2	
	Don't know	9				
8. Angina pectoris?	No	0				
	Yes	1	→	1	2	
	Don't know	9				

9. Since your last HHP exam, have you had any of the following tests?				If "Yes"				
	No	Yes	Unk	Date (mm-yy)	In Patient	Out Patient	Physician name	Hospital name or physician clinic
a. Exercise ECG	0	1	9	→	1	2		
b. Exercise ECG with thallium	0	1	9	→	1	2		
c. Holter (24 hr) ECG	0	1	9	→	1	2		
d. Echocardiogram	0	1	9	→	1	2		
e. X-ray of heart blood vessels (coronary angiography) or heart catheterization	0	1	9	→	1	2		

MEDICAL HISTORY - OTHER CARDIOVASCULAR (continued)

Since your last HHP exam has a doctor told you that you had:			Earliest date (mm-yy) since last HHP exam	In patient	Out patient	Physician name	Hospital name or physician clinic
10 a. High blood pressure or hypertension?	No	0	→ skip to 11.				
	Yes	1	→ skip to b.				
	Don't know	9	→ skip to 11.				
b. Was it ever severe enough to require hospitalization?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
Have you ever had:			Earliest date (mm-yy) or earliest date (mm-yy) since last HHP exam	In patient	Out patient	Physician name	Hospital name or physician clinic
11. A stroke, cerebral hemorrhage, apoplexy or transient ischemic attack (TIA)?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
12. Coronary bypass surgery?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
13. Treatment of your coronary vessels with balloon angioplasty?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
14. Any surgery of the arteries of your neck?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
15. Any surgery of the aorta or of the arteries in your abdomen or legs?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		
	Don't know	9					
16. Any amputation?	No	0					
	Yes	1	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1	2		

MEDICAL HISTORY - DIABETES, GASTRECTOMY, FRACTURE HISTORY

17. Has a doctor told you that you had diabetes mellitus or high blood sugar?

No	0
Yes	1
Don't know	9

→ If "Yes", ask the following questions.

If "Yes" Date (mm-yy) of first diagnosis was:

Have you had any complications of diabetes such as:	No	Yes	Don't know
Coma	0	1	9
Kidney disease	0	1	9
Poor circulation in the feet	0	1	9
Amputation	0	1	9
Blindness	0	1	9
Other: _____	0	1	9

Have you ever had a:	Earliest date (mm-yy) or earliest date (mm-yy) since last HHP exam	In (patient)	Out (patient)	Physician name	Hospital name or physician clinic						
18. Gastrectomy or stomach surgery?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Don't know</td> <td>9</td> </tr> </table>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No	0										
Yes	1										
Don't know	9										
19. Fracture of the hip?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Don't know</td> <td>9</td> </tr> </table>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No	0										
Yes	1										
Don't know	9										
20. Fracture of the spine?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Don't know</td> <td>9</td> </tr> </table>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No	0										
Yes	1										
Don't know	9										
21. Fracture of the forearm?	<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Don't know</td> <td>9</td> </tr> </table>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No	0										
Yes	1										
Don't know	9										

22. Were OTHER CARDIOVASCULAR and DIABETES, etc completed?

No	0
Yes	1

→ If "No", specify reason(s):

MEDICAL HISTORY - PULMONARY

Have you ever had:			a. Do you still have it?			b. Was it confirmed by a doctor?			c. At what age was your first attack?	
	No	0	No	Yes	Unk	No	Yes	Unk		
1. Attacks of acute bronchitis?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
2. Chronic bronchitis?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
3. Pneumonia?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
4. Hay fever?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
5. Emphysema?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
6. Asthma?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								
7. Pulmonary tuberculosis?	Yes	1	→	0	1	9	0	1	9	<input type="text"/>
	Don't know	9								
	No	0								

MEDICAL HISTORY - PULMONARY (continued)

<p>8. Have you ever had any other chest illness?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>If "Yes", specify: _____</p>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<p>12. Do you usually bring up phlegm, which is thick mucus, from your chest? Include phlegm brought up when you first smoke or first go out-of-doors. Include swallowed phlegm. Exclude phlegm from your nose.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p><i>If "No", skip to next page.</i></p>	No	0	Yes	1	Don't know	9																								
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
<p>9. Have you ever had any chest operations?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>If "Yes", specify: _____</p> <p>If "Yes", was chest cavity opened? (for examiner only)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	<p>a. Do you usually bring up phlegm like this as much as twice a day, 4 or more days out of the week?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>b. Do you usually bring up phlegm at all when you get up, or first thing in the morning?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>c. Do you usually bring up phlegm at all during the rest of the day or at night?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p><i>If answer "Yes" to a, b or c complete part d and e.</i></p> <p>d. Do you bring up phlegm like this most days for 3 consecutive months or more during the year?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>e. For how many years have you had trouble with phlegm? </p>	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
<p>10. Have you ever had any chest injuries?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>If "Yes", specify: _____</p>	No	0	Yes	1	Don't know	9	<p>11. Do you usually have a cough? Include coughing when you first smoke or first go out of doors. Exclude clearing your throat.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p><i>If "No", skip to 12.</i></p>	No	0	Yes	1	Don't know	9																								
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
<p>If "Yes"</p> <p>a. Do you usually cough as much as 4 to 6 times a day, 4 or more days out of the week?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>b. Do you usually cough at all when you get up or first thing in the morning?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>c. Do you usually cough at all during the rest of the day or at night?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p><i>If answer "Yes" to a, b or c complete part d and e.</i></p> <p>d. Do you usually cough like this most days for 3 consecutive months or more during the year?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>e. For how many years have you had this cough? </p>	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	No	0	Yes	1	Don't know	9	<p>12. Do you usually bring up phlegm, which is thick mucus, from your chest? Include phlegm brought up when you first smoke or first go out-of-doors. Include swallowed phlegm. Exclude phlegm from your nose.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:80%;">No</td><td style="width:20%; text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Don't know</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p><i>If "No", skip to next page.</i></p>	No	0	Yes	1	Don't know	9						
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				
No	0																																				
Yes	1																																				
Don't know	9																																				

MEDICAL HISTORY - PULMONARY (continued)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">13 a. Does your chest ever sound wheezy or whistling most days or nights?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	13 a. Does your chest ever sound wheezy or whistling most days or nights?	No	0		Yes	1		Don't know	9	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">15. Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Not Assessable</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	15. Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill?	No	0		Yes	1		Not Assessable	8		Don't know	9
13 a. Does your chest ever sound wheezy or whistling most days or nights?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				
15. Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill?	No	0																				
	Yes	1																				
	Not Assessable	8																				
	Don't know	9																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">b. Does your chest ever sound wheezy or whistling when you have a cold?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	b. Does your chest ever sound wheezy or whistling when you have a cold?	No	0		Yes	1		Don't know	9	<p><i>If "Yes", complete part a,b,c,d. Else skip to next page.</i></p>												
b. Does your chest ever sound wheezy or whistling when you have a cold?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">c. Does your chest ever sound wheezy or whistling occasionally apart from colds?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	c. Does your chest ever sound wheezy or whistling occasionally apart from colds?	No	0		Yes	1		Don't know	9	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 75%;">a. Do you have to walk slower than people of your age on level ground because of breathlessness?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>		a. Do you have to walk slower than people of your age on level ground because of breathlessness?	No	0			Yes	1			Don't know	9
c. Does your chest ever sound wheezy or whistling occasionally apart from colds?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				
	a. Do you have to walk slower than people of your age on level ground because of breathlessness?	No	0																			
		Yes	1																			
		Don't know	9																			
<p><i>If answer "No" to a,b, and c, skip to 15.</i></p>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">d. For how many years has this been present?</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	d. For how many years has this been present?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 75%;">b. Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>		b. Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?	No	0			Yes	1			Don't know	9							
d. For how many years has this been present?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																					
	b. Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?	No	0																			
		Yes	1																			
		Don't know	9																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">14. Have you ever had an attack of wheezing that made you feel short of breath?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	14. Have you ever had an attack of wheezing that made you feel short of breath?	No	0		Yes	1		Don't know	9	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 75%;">c. Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on level ground?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>		c. Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on level ground?	No	0			Yes	1			Don't know	9
14. Have you ever had an attack of wheezing that made you feel short of breath?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				
	c. Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on level ground?	No	0																			
		Yes	1																			
		Don't know	9																			
<p><i>If "Yes", complete part a,b,c. Else skip to 15.</i></p>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">If "Yes"</td> <td style="width: 75%;">a. How old were you when you had your first such attack?</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	If "Yes"	a. How old were you when you had your first such attack?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 75%;">d. Are you too breathless to leave the house, or do you become breathless when dressing or undressing?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>		d. Are you too breathless to leave the house, or do you become breathless when dressing or undressing?	No	0			Yes	1			Don't know	9						
If "Yes"	a. How old were you when you had your first such attack?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																				
	d. Are you too breathless to leave the house, or do you become breathless when dressing or undressing?	No	0																			
		Yes	1																			
		Don't know	9																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">b. Have you had 2 or more such episodes?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	b. Have you had 2 or more such episodes?	No	0		Yes	1		Don't know	9													
b. Have you had 2 or more such episodes?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">c. Have you ever required medication or treatment for these attacks?</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Yes</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Don't know</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	c. Have you ever required medication or treatment for these attacks?	No	0		Yes	1		Don't know	9													
c. Have you ever required medication or treatment for these attacks?	No	0																				
	Yes	1																				
	Don't know	9																				

MEDICAL HISTORY - PULMONARY (continued)

The next questions are about symptoms that you may have experienced during the past two weeks.

16. Have you been breathless or short of breath during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
If "Yes" Has there been an increase in the frequency or severity of your breathlessness or shortness of breath during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
17. Have you experienced palpitations during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
If "Yes" Has there been an increase in the frequency or severity of your palpitations during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
18. Have you been dizzy during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
If "Yes" Has there been an increase in the frequency or severity of your dizziness during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
19. Have you been fatigued during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
If "Yes" Has there been an increase in the frequency or severity of your fatigue during the past two weeks?	No	0
	Yes	1
	Don't know	9
20. Was PULMONARY completed? If "No", specify reason(s):	No	0
	Yes	1

MEDICAL HISTORY - SPECIAL DIETS and SLEEP

1. Have you been following a diabetic diet?	No 0	Yes 1	Don't know 9	→	If "Yes", for how long?	years	months
						[] []	[] []
2. Have you been following a low salt diet?	No 0	Yes 1	Don't know 9	→	If "Yes", for how long?	years	months
						[] []	[] []
3. Have you been following a diet to lower cholesterol, such as avoiding fatty meats, eggs, and butter?	No 0	Yes 1	Don't know 9	→	If "Yes", for how long?	years	months
						[] []	[] []
4. Do you consider your usual diet to be mostly -	Oriental 1	Western 2	Mixed 3	Other 4	Don't know 9	→ Specify _____	

Sleep

1. On an average night, how many hours do you sleep?	[] []	hours	[] []		minutes					
2. On an average day, how many minutes do you nap (or sleep at times other than your regular bedtime)?	[] [] []				minutes					
3. Are you sleepy most of the day?	No 0	Yes 1	Don't know 9							
4. Do you feel groggy and unrefreshed for more than half an hour after waking up in the morning?	0	1	9							
5. Has your spouse or other housemate(s) complained about your loud snoring?	0	1	9							
When you are sleeping, how often do you do the following or has someone told you you do the following:	Never 0	Rarely 1	Sometimes 2	Often 3	Always 4	Unknown 9				
6. Snore loudly	0	1	2	3	4	9				
7. Stop breathing	0	1	2	3	4	9				
8. How many nights a week do you snore loudly? (circle the answer)	0	1	2	3	4	5	6	7	9	[]
	none								Don't know	
9. Do you usually have trouble falling asleep?	No 0	Yes 1	Don't know 9							
10. Except to use the bathroom, do you usually wake up several times at night?	0	1	9							
11. Do you usually wake up far too early and cannot go back to sleep?	0	1	9							
12. Were SPECIAL DIETS and SLEEP completed?	No 0	Yes 1	→ If "No", specify reason(s):							

MEDICAL HISTORY - OTHER DIAGNOSES/HOSPITALIZATIONS

Disease code	Have you ever been hospitalized for, or has a doctor ever told you that you have any of the following conditions?	No	Yes			Don't know
			Current, under medical care	Current, not under medical care	Present only in the past	
01	Heart disease	0	1	2	3	9
02	Gout	0	1	2	3	9
03	Cholecystitis or Gall Stones	0	1	2	3	9
04	Hepatitis or Cirrhosis of the Liver	0	1	2	3	9
05	Diverticulosis or Diverticulitis of the Large Bowel	0	1	2	3	9
06	Polyps of the Large Bowel	0	1	2	3	9
07	Ulcer (Stomach or Peptic)	0	1	2	3	9
08	Thyroid Disease	0	1	2	3	9
09	Mental Problems	0	1	2	3	9
10	Memory Problems	0	1	2	3	9
11	Depression	0	1	2	3	9
12	Parkinson's Disease	0	1	2	3	9
13	Prostate Problems	0	1	2	3	9
14	Kidney disease (other than cancer)	0	1	2	3	9
15	Bone disease (other than cancer)	0	1	2	3	9
16	Cancer (except skin cancer)	0	1	2	3	9
17	Arthritis	0	1	2	3	9
18	Hearing Problems (i.e. partial or complete deafness)	0	1	2	3	9
19	Vision Problems (i.e. partial or complete blindness)	0	1	2	3	9
20	Cataract	0	1	2	3	9
96	Other 1: _____	0	1	2	3	9
97	Other 2: _____	0	1	2	3	9
98	Other 3: _____	0	1	2	3	9

For any diagnoses answered "Yes", complete the following:

Disease code	Age at onset	In patient	Out patient	Physician name	Hospital name or physician clinic
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		
		1	2		

Was OTHER DIAGNOSES/HOSPITALIZATIONS completed? No 0 Yes 1 → If "No", specify reason(s):

NEUROLOGICAL EXAMINATION

Module 09K HHP No. A0

Date (mm-dd-yy)

Interviewer

1. Measured walk, gait test	Not able	0	2. Walking on toes	No	Yes	Not assessed	
	Able	1					
	Not assessed	8					
<i>If not able or not assessed, skip to 4</i>							
a. Type of gait	Normal	0	a. Left weakness	0	1	8	
	Left hemiparetic	1	b. Right weakness	0	1	8	
	Right hemiparetic	2	<i>If left or right weakness then complete c.</i>				
	Bilateral weakness	3	c. Reason: _____	0	1		
	Shuffling	4					
	Other	5					
b. Aids for first walk	Wheelchair (as walking aid)	1	3. Walking on heels	No	Yes	Not assessed	
	Walker	2	a. Left weakness	0	1	8	
	Quad cane	3	b. Right weakness	0	1	8	
	Other cane	4	<i>If left or right weakness then complete c.</i>				
	No aid	5	c. Reason: _____	0	1		
	Other	6					
c. Time for first walk 10 feet (code 00 for not attempted) (code 01 for tried but unable)	<input type="text"/> <input type="text"/>	seconds	4. Station (15 seconds)	No	Yes	Not assessed	
d. Number of steps	<input type="text"/> <input type="text"/>		a. Eyes closed	0	1	8	
e. Aids for second walk	Wheelchair (as walking aid)	1	b. Eyes open (only if unable to do with eyes closed)	0	1	8	
	Walker	2	<i>If unable to stand with either eyes closed or open then complete c.</i>				
	Quad cane	3	c. Reason: _____	0	1		
	Other cane	4					
	No aid	5					
	Other	6					
f. Time for second walk 10 feet (code 00 for not attempted) (code 01 for tried but unable)	<input type="text"/> <input type="text"/>	seconds	5. Side by Side Stand (10 seconds)	<input type="text"/> <input type="text"/>	0	1	8
g. Number of steps	<input type="text"/> <input type="text"/>			seconds			
h. Arm swing while walking	Unremarkable	0	6. Semi-Tandem Stand (10 seconds)	<input type="text"/> <input type="text"/>	0	1	8
	Reduced arm swing, left only	1		seconds			
	Reduced arm swing, right only	2					
	Reduced arm swing, both arms	3	7. Full Tandem Stand (10 seconds)	<input type="text"/> <input type="text"/>	0	1	8
	Uncertain or not observable	4		seconds			

NEUROLOGICAL EXAMINATION - GRIP STRENGTH and CHAIR STANDS

		No	Yes	Don't know	19. Single Chair Stand			
8. Have you had a recent worsening of pain or arthritis in your wrist, or do you have tendonitis?		0	1	9	a. Do you think it would be safe for you to try to stand up from a chair without using your arms?			
					No	0		
9. Have you had surgery on your hands or arms during the last 3 months?		0	1	9	Yes : 1			
					Don't know	9		
10. Dominant hand		Left		1	b. If "No", specify reason: _____			
		Right		2				
		Unable/discontinued		3				
		Refused		4				
		Not performed for safety reasons		5				
Comment:								
11. First try			0	kg	c. Number of attempts to rise (including rocking and weight shifting) 			
12. Second try			0	kg				
13. Third try			0	kg				
14. Repeat for opposite hand		Left		1			d. Rises	
		Right		2				
		Unable/discontinued		3				
		Refused		4				
		Not performed for safety reasons		5				
Comment:								
15. First try			0	kg	Tried, but unable : 0			
16. Second try			0	kg	Not attempted for safety reasons : 1			
17. Third try			0	kg	Not attempted (chair bound) : 2			
18. External Shoulder Rotation		Left side		0	0	Not attempted (no suitable chair) : 3		
		Right side		1	1	Not attempted (other reason) : 4		
		Unable to do		0	0			
		Performed fully		1	1			
		Performed partially		2	2			
						e. Chair height cm		
						f. If completion number is less than 5, specify reason:		
						Tried, but unable : 0		
						Not attempted for safety reasons : 1		
						Not attempted (chair bound) : 2		
						Not attempted (no suitable chair) : 3		
						Not attempted (other reason) : 4		
						21. Was NEUROLOGICAL EXAM completed? If "No", specify reasons):		
						No	Yes	
						0	1	

PSYCHOSOCIAL

**SOCIAL SUPPORT
and NETWORKS**

Module 1 0 K HHP No. A 01

Date (mm-dd-yy) Interviewer

Each of these statements may or may not be true about you. For each statement, please give me the response that best reflects your feelings: (#1 to #12 not to be answered by a proxy)

Def. true Prob. true Prob. false Def. false Unknown/Refused

#1. When I feel lonely, there are several people I can talk to. 1 2 3 4 9

#2. I often meet or talk with family or friends. 1 2 3 4 9

#3. If I needed help, I could easily find someone to help me with my daily chores. 1 2 3 4 9

#4. When I need suggestions on how to deal with a personal problem, I know someone I can turn to. 1 2 3 4 9

#5. There is at least one person I know whose advice I really trust. 1 2 3 4 9

#6. If I had to go out of town for a few weeks, it would be possible to find someone who would look after my house or apartment (the plants, pets, garden, etc). 1 2 3 4 9

Family Networks

Friends Networks

#7. Other than people you live with, how many relatives do you see or hear from at least once a month?

(NOTE: Include in-laws as relatives.)

Zero	0
One	1
Two	2
Three to four	3
Five to eight	4
Nine or more	5
Unknown/Refused	9

#10. Do you have any close friends? That is, do you have any friends with whom you feel at ease, can talk to about private matters, or can call for help? If so, how many?

Zero	0
One	1
Two	2
Three to four	3
Five to eight	4
Nine or more	5
Unknown/Refused	9

#8. How many relatives do you feel close to? That is, how many of them do you feel at ease with, can talk to about private matters, or can call on for help?

Zero	0
One	1
Two	2
Three or four	3
Five to eight	4
Nine or more	5
Unknown/Refused	9

#11. How many of these friends do you see or hear from at least once a month?

Zero	0
One	1
Two	2
Three to four	3
Five to eight	4
Nine or more	5
Unknown/Refused	9

#9. Tell me about the relative with whom you have the most contact. How often do you see or hear from that person?

Less than monthly	0
Monthly	1
A few times a month	2
Weekly	3
A few times a week	4
Daily	5
Unknown/Refused	9

#12. Tell me about the friend with whom you have the most contact. How often do you see or hear from that person?

Less than monthly	0
Monthly	1
A few times a month	2
Weekly	3
A few times a week	4
Daily	5
Unknown/Refused	9

PSYCHOSOCIAL - SOCIAL NETWORKS (#13 to #15, #19, #20 not to be answered by proxy)

<i>Confident Relationships</i>	Never	Seldom	Sometimes	Often	Very often	Always	Unknown/Refused
#13. When you have an important decision to make, do you have someone you can talk to about it?	0	1	2	3	4	5	9
#14. When other people have an important decision to make, do they talk to you about it?	0	1	2	3	4	5	9
<i>Helping others</i>	Never	Seldom	Sometimes	Often	Very often	Always	Unknown/Refused
#15 a. Does anybody rely on you to do something for him/her each day? For example: shopping, cooking dinner, doing repairs, cleaning house, providing child care, etc. <i>If "Yes", circle "5" then skip to question 18 If "No" or "Unknown/Refused" answer question 15 b.</i>	0	1	2	3	4	5	9
#15 b. Do you help anybody with things like shopping, filling out forms, doing repairs, providing child care, etc?							

<i>Living arrangements</i>		
16. Do you live alone or with other people?	Live with spouse only	6
	Live with spouse and other relatives	5
	Live with other relatives or friends	4
	Live with other unrelated individuals (e.g., paid help)	3
	Live in nursing home	2
	Live alone	0

17. How many people live in your household? (code 98 for nursing home or hospital, 99=Unk/Refused)

*Ask only if currently married.

18. *Whenever you need suggestions on how to deal with a personal problem, can you usually rely on your wife?	No	Yes	Don't know
	0	1	9

19. *About how many hours a day do you share activities with your wife? (code 99=Unk/Refused)

<i>Organizational/Community Affiliations</i>			
20. Do you participate in any group(s) such as senior citizen group, social or work group, self-help group, church-connected group, charity or public service group, club 100, or the 442nd, or community group such as prefectural society (KENJINKAI)?	No	Yes	Don't know
	0	1	9
If "Yes", specify group(s) name(s):		Times/Week	Hours/Time
a	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. Was SOCIAL SUPPORT and NETWORKS completed?	No	0	→ if "No", specify reason(s):
	Yes	1	

PSYCHOSOCIAL - DEPRESSIVE SYMPTOMS

Participant is unable or unwilling to complete this section.

No	Yes
0	1

If "Yes", specify reasons and skip to next page.

*Below is a list of the ways you might have felt or behaved.
Please indicate how often you have felt this way during the past week.*

(#1 to #11 not to be answered by proxy)

<i>Would you say in the last week</i>	<i>Rarely or none of the time (less than 1 day)</i>	<i>Some or a little of the time (1 - 2 days)</i>	<i>Occasionally or a moderate amount of the time (3 - 4 days)</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Don't know or refused</i>
#1. I was bothered by things that usually don't bother me.	0	1	2	3	9
#2. I did not feel like eating, my appetite was poor.	0	1	2	3	9
#3. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0	1	2	3	9
#4. I felt that everything I did was an effort.	0	1	2	3	9
#5. I felt depressed.	0	1	2	3	9
#6. I felt hopeful about the future.	3	2	1	0	9
#7. I felt fearful.	0	1	2	3	9
#8. My sleep was restless.	0	1	2	3	9
#9. I was happy.	3	2	1	0	9
#10. I felt lonely.	0	1	2	3	9
#11. I could not get going.	0	1	2	3	9

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING

Key A

- 01 Chest pain or discomfort
- 02 Shortness of breath
- 03 Joints (knees, feet, hips)
- 04 Calves, thighs
- 05 Back
- 06 Right leg
- 07 Left leg
- 08 Both legs
- 09 General fatigue/weakness
- 10 Poor vision
- 11 Poor hearing
- 12 Other
- 99 Don't know

Key B

- 01 Heart disease (angina, CHF, etc)
- 02 Stroke
- 03 Lung disease (emphysema, asthma, bronchitis, etc)
- 04 Diabetes
- 05 High blood pressure
- 06 Arthritis/other musculoskeletal
- 07 Cancer
- 08 Injury
- 09 Old Age
- 10 Dementia or mental illness
- 11 Other
- 99 Don't know

Questions 1 to 4, Do you have any difficulty?			a. How much difficulty do you have?				b. For how long have you had difficulty or been unable to do this activity? (code 00 if <6 mon) (code 01 if 6 to <18 mon)	c. What is the main symptom that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?	d. What is the main condition that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?
			Some	A lot	Unable to do	Don't know			
1. Walking one-half mile? (about 5 or 6 blocks) If "No", skip to 4.	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know, or refuse	9							
2. Walking around in your house?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know, or refuse	9							
3. Getting out of bed or chair?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know, or refuse	9							
4. Walking up a flight of stairs? (that is about 10 steps)	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know, or refuse	9							

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING (continued)

Key A

Key B

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 01 Chest pain or discomfort | weakness/paralysis inc |
| 02 Shortness of breath | 06 Right leg |
| | 07 Left leg |
| | 08 Both legs |
| pain/discomfort inc | 09 General fatigue/weakness |
| 03 Joints (knees, feet, hips) | 10 Poor vision |
| 04 Calves, thighs | 11 Poor hearing |
| 05 Back | 12 Other |
| | 99 Don't know |

- | | |
|--|------------------------------------|
| 01 Heart disease (angina, CHF, etc) | 06 Arthritis/other musculoskeletal |
| 02 Stroke | 07 Cancer |
| 03 Lung disease (emphysema, asthma, bronchitis, etc) | 08 Injury |
| 04 Diabetes | 09 Old Age |
| 05 High blood pressure | 10 Dementia or mental illness |
| | 11 Other |
| | 99 Don't know |

Questions 5 to 14 Because of health or physical problems, do you have any difficulty with:	a. How much difficulty do you have?				b. For how long have you had difficulty or been unable to do this activity? <small>(code 00 if <8 mon) (code 01 if 6 to <18 mon)</small>	c. What is the main symptom that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?	d. What is the main condition that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?									
	Some	A lot	Unable to do	Don't know												
5. Heavy work like: washing the car, cleaning up the garage, or yard work (like raking leaves, mowing)? <i>If "No", skip to 7</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">No</td><td style="font-size: x-small;">0</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Yes</td><td style="font-size: x-small;">1</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Could do it, but don't for other reason</td><td style="font-size: x-small;">2</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Don't know or refused</td><td style="font-size: x-small;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Could do it, but don't for other reason	2	Don't know or refused	9	1	2	3	9	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Key A <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____	Key B <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____
No	0															
Yes	1															
Could do it, but don't for other reason	2															
Don't know or refused	9															
6. Light house work like washing or drying dishes, making a bed, tidying up a workshop or room?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">No</td><td style="font-size: x-small;">0</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Yes</td><td style="font-size: x-small;">1</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Could do it, but don't for other reason</td><td style="font-size: x-small;">2</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Don't know or refused</td><td style="font-size: x-small;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Could do it, but don't for other reason	2	Don't know or refused	9	1	2	3	9	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Key A <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____	Key B <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____
No	0															
Yes	1															
Could do it, but don't for other reason	2															
Don't know or refused	9															
7. Shopping for personal items?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">No</td><td style="font-size: x-small;">0</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Yes</td><td style="font-size: x-small;">1</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Could do it, but don't for other reason</td><td style="font-size: x-small;">2</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Don't know or refused</td><td style="font-size: x-small;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Could do it, but don't for other reason	2	Don't know or refused	9	1	2	3	9	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Key A <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____	Key B <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____
No	0															
Yes	1															
Could do it, but don't for other reason	2															
Don't know or refused	9															
8. Preparing your meals?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">No</td><td style="font-size: x-small;">0</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Yes</td><td style="font-size: x-small;">1</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Could do it, but don't for other reason</td><td style="font-size: x-small;">2</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Don't know or refused</td><td style="font-size: x-small;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Could do it, but don't for other reason	2	Don't know or refused	9	1	2	3	9	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Key A <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____	Key B <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____
No	0															
Yes	1															
Could do it, but don't for other reason	2															
Don't know or refused	9															
9. Managing your money such as paying bills, writing checks, etc?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">No</td><td style="font-size: x-small;">0</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Yes</td><td style="font-size: x-small;">1</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Could do it, but don't for other reason</td><td style="font-size: x-small;">2</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Don't know or refused</td><td style="font-size: x-small;">9</td></tr> </table>	No	0	Yes	1	Could do it, but don't for other reason	2	Don't know or refused	9	1	2	3	9	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Key A <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____	Key B <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Other _____
No	0															
Yes	1															
Could do it, but don't for other reason	2															
Don't know or refused	9															

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING (continued)

Key A

- 01 Chest pain or discomfort
 02 Shortness of breath
 pain/discomfort in:
 03 Joints (knees, feet, hips)
 04 Calves, thighs
 05 Back
- weakness/paralysis in:
 06 Right leg
 07 Left leg
 08 Both legs
 09 General fatigue/weakness
 10 Poor vision
 11 Poor hearing
 12 Other
 99 Don't know

Key B

- 01 Heart disease (angina, CHF, etc)
 02 Stroke
 03 Lung disease (emphysema, asthma, bronchitis, etc)
 04 Diabetes
 05 High blood pressure
- 06 Arthritis/other musculoskeletal
 07 Cancer
 08 Injury
 09 Old Age
 10 Dementia or mental illness
 11 Other
 99 Don't know

Questions 5 to 14 Because of health or physical problems, do you have any difficulty?			a. How much difficulty do you have?				b. For how long have you had difficulty or been unable to do this activity? (code 00 if <6 men) (code 01 if 6 to <18 men)	c. What is the main symptom that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?	d. What is the main condition that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?
			Some	A lot	Unable to do	Don't know			
10. Using the telephone?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know or refused	9							
11. Feeding yourself (like holding a fork, cutting food, or drinking from a glass)?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know or refused	9							
12. Dressing yourself (like putting on a shirt, buttoning and zipping, or putting on/tying shoes)?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know or refused	9							
13. Bathing or taking a shower?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know or refused	9							
14. Getting to or using the toilet?	No	0	1	2	3	9	<input type="text"/>	Key A <input type="text"/>	Key B <input type="text"/>
	Yes	1							
	Could do it, but don't for other reason	2							
	Don't know or refused	9							

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING (continued)

Key A

- 1 Left arm/hand
- 2 Right arm/hand
- 3 Both arms/hands
- 4 Other
- 9 Don't know

Key B

- 1 Pain arm/hand
- 2 Numbness/paralysis of arm/hand
- 3 Stiffness arm/hand
- 4 Chest pain/discomfort
- 5 Shortness of breath
- 6 Back pain
- 7 Other
- 9 Don't know

Key C

- 01 Heart disease (angina, CHF, etc)
- 02 Stroke
- 03 Lung disease (emphysema, asthma, bronchitis, etc)
- 04 Diabetes
- 05 High blood pressure
- 06 Arthritis/other musculoskeletal
- 07 Cancer
- 08 Injury
- 09 Old Age
- 10 Dementia or mental illness
- 11 Other
- 99 Don't know

Questions 15 to 17 Do you have any difficulty:			a. How much difficulty do you have?				b. For how long have you had difficulty or been unable to do this activity? (code 00 if <6 mon) (code 01 if 6 to <18 mon)	c. Which extremity causes the problem?	d. What is the main symptom that causes the difficulty?	e. What is the main condition that causes you to have difficulty or prevents you from doing the activity?
			Some	A lot	Unable to do	Don't know				
15. Lifting or carrying something as heavy as 10 pounds (such as a bag of groceries)	No	0	1	2	3	9	□ □	Key A □	Key B □	Key C □ □
	Yes	1								
	Could do it, but don't for other reason	2								
	Don't know or refused	9								
16. Reaching out and above your head with your arms?	No	0	1	2	3	9	□ □	Key A □	Key B □	Key C □ □
	Yes	1								
	Could do it, but don't for other reason	2								
	Don't know or refused	9								
17. Gripping small objects with your hands?	No	0	1	2	3	9	□ □	Key A □	Key B □	Key C □ □
	Yes	1								
	Could do it, but don't for other reason	2								
	Don't know or refused	9								
18. Was PHYSICAL FUNCTIONING completed?		No	0	→ If "No", specify reason(s):						
		Yes	1							

RANDOM NUMBER: _____

TOTAL CASI SCORE: _____

TRUE AGE: _____

SELECTED FOR MOD II?: YES NO

HONOLULU HEART PROGRAM

ADDITIONAL QUESTIONS TO BE ASKED BEFORE THE CASI - MODULE I

DATE: _____ HHP ID NO.: _____

PARTICIPANT: _____

I will be asking you specific questions about your physical and mental condition. Now, I'd like to ask you how you are feeling overall at this moment.

1. Is this a good day, a bad day, or an average day for you?

- 1. good
- 2. bad
- 3. average
- 9. unable to answer

If bad, go to question 2.

2. Why does it seem like a bad day? (DO NOT PROMPT)

Yes No

- 1 0 physical reasons _____
- 1 0 emotional reasons _____
- 1 0 other _____

(If only one reason mentioned, ask "Is there anything else that makes this a bad day?". All three reasons must be coded either yes or no. Also, if they don't know why it is a bad day, code 0 for all reasons.)

Examples:

Physical reasons:

- Acute or chronic illness
- General fatigue
- Hunger
- Lack of sleep
- Side effects of medications

Emotional reasons:

- Feelings of sadness or anger
- Anxiety
- Feeling overstressed (financial, work or family problems)

Other reasons:

- Car trouble
- Bad weather

CASI

Cognitive Abilities Screening Instrument
HHP Version E-1.0

Module **11K** HHP No. **A0**

Date (mm-dd-yy) Interviewer

EDUCATION (years of schooling completed)
(code 99=Unk/Refused)

Testing start time (hr:min) _____; _____

Select version #, then circle corresponding words
in Question 8 and Question 22

VRS#
1
2
3

6 a. I AM GOING TO SAY 3 WORDS FOR YOU
TO REMEMBER. REPEAT THEM AFTER
I HAVE SAID ALL THREE.

RGS1
3
2
1
0

- 1. SHIRT _____ BROWN _____ HONESTY _____
- 2. SHOES _____ BLACK _____ MODESTY _____
- 3. SOCKS _____ BLUE _____ CHARITY _____

b. If participant can't answer the first time,
elaborate and repeat up to a total of 3 times.
Score last performance.

RGS2
3
2
1
0

1. WHERE WERE YOU BORN?

..... [0 1]
City (Town/Village)

..... [0 1]
State/Prefecture

BPL
2
1
0

add above 2 scores then circle the answer →

7. I SHALL SAY SOME NUMBERS, AND YOU REPEAT
WHAT I SAY BACKWARDS. FOR EXAMPLE,
IF I SAY 1-2, YOU SAY 2-1. OK?
REMEMBER: YOU REPEAT WHAT I SAY BACKWARDS.

DBA
1
0

(Rate: 1 digit/second)
1-2-3 (If unable, coach for 3-2-1, but score 0)

6-6-2

(If score is 0 in both DBA and DBB, score DBC 0)
3-5-2-0

DBB
2
0

DBC
2
0

2. WHEN WERE YOU BORN?

..... Accurate
Year Missed by 1 - 3 years
..... Missed by > 3 years

..... [0 1]
Month

..... [0 1]
Date

BYR
2
1
0

BDAY
2
1
0

add above 2 scores then circle the answer →

8. WHAT THREE WORDS DID I ASK YOU TO
REMEMBER EARLIER?

RC1A
3
2
1
0

Spontaneous recall
After: "one word was something to wear"
After: "Was it SHOES, SHIRT, or SOCKS?"
Still incorrect

RC1B
3
2
1
0

Spontaneous recall
After: "one word was a color"
After: "Was it BLUE, BLACK, or BROWN?"
Still incorrect

3. HOW OLD ARE YOU?

..... Accurate
Missed by 1 - 3 years
..... Missed by > 3 years

AGE
2
1
0

4. HOW MANY MINUTES ARE THERE IN AN HOUR?
or HOW MANY DAYS ARE THERE IN A YEAR?

(score 2 if either question answered correctly)

MNT
2
0

5. IN WHAT DIRECTION DOES THE SUN SET?
(if confused, may provide 4 choices)

SUN
2
0

Spontaneous recall
After: "one word was a good personal quality"
After: "Was it HONESTY, CHARITY, or MODESTY?"
Still incorrect

RC1C
3
2
1
0

Unless recall is perfect, give another
reminder of the 3 words.

CASI - Cognitive Abilities Screening Instrument
HHP Version E-1.0 Record Form page 2 of 3

(For the first error only: score 0, but provide the correct answer. If subject asks examiner to repeat answer from previous step, provide the answer but score 0 at that step.)

9 a. FROM 100, TAKE AWAY 3, = HOW MANY? (97)

SUB3A
1
0

b. AND TAKE AWAY 3 FROM THAT EQUALS? (94)

SUB3B
1
0

(If a. and b. are both scored 0, score part c. 0)

c. Repeat "AND TAKE AWAY 3 AGAIN EQUALS?" three more times. 1 point each. (91 88 85)

SUB3C
3
2
1
0

10. WHAT IS TODAY'S DATE?

YR
4
2
1
0

[YEAR]

Accurate
Missed by 1 year
Missed by 2-5 years
Missed >= 6 years

[MONTH]

Accurate or within 5 days
Missed by 1 month
Missed >= 2 months

[DATE]

(of the month) Accurate
Missed 1 or 2 days
Missed 3-5 days
Missed >=6 days

MO
2
1
0

DATE
3
2
1
0

11. WHAT DAY OF THE WEEK IS TODAY?

DAY
1
0

Accurate
Inaccurate

12. WHAT SEASON ARE WE IN? (may provide 4 choices if necessary)

SSN
1
0

Accurate within 1 month
Missed by > 1 month

13 a. WHAT _____ ARE WE IN?

State [0 2]

City/Town/Village [0 2]

add above 2 scores then circle the answer →

SPA
4
2
0

b. IS THIS PLACE A HOSPITAL (CLINIC), A STORE (), OR HOME?

SPB
1
0

14. WHAT ANIMALS HAVE 4 LEGS? TELL ME AS MANY AS YOU CAN. (30 sec)

number of correct answers:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANML

15. AN ORANGE AND A BANANA ARE BOTH FRUIT. (pause for 2 sec., then ask;)

(coach for correct answer if needed for "a." only)

a. AN ARM AND A LEG ARE BOTH ...?

Body parts, limbs, extremities 2
Long, bend, muscles, bones, etc 1
Incorrect; DK; tells difference 0

b. LAUGHING AND CRYING ARE BOTH ...?

Expressions of feelings/emotions 2
other correct answer 1
Incorrect; DK; tells difference 0

c. EATING AND SLEEPING ARE BOTH ...?

Necessary bodily functions 2
Other correct answer 1
Incorrect; DK; tells difference 0

add above 3 scores then circle the answer →

SIM
6
5
4
3
2
1
0

16 a. WHAT ACTIONS WOULD YOU TAKE IF YOU SAW YOUR NEIGHBOR'S HOUSE CATCHING FIRE? (prompt "WHAT ELSE MIGHT YOU DO?" once only, if necessary)

No. of appropriate actions: 0 1 2

b. WHAT ACTIONS WOULD YOU TAKE IF YOU LOST A BORROWED UMBRELLA?

1 point for each category of actions:

* Inform/Apologize
* Replace/Compensate 0 1 2

c. WHAT WOULD YOU DO IF YOU FOUND AN ENVELOPE THAT WAS SEALED, ADDRESSED AND HAD A NEW STAMP?

Mail 2
Try to locate the owner 1
Inappropriate action 0

add above 3 scores then circle the answer →

JGMT
6
5
4
3
2
1
0

17 a. REPEAT EXACTLY WHAT I SAY:

"HE WOULD LIKE TO GO HOME."

Correct 2
1 or 2 missed or wrong words 1
>= 3 missed or wrong words 0

(for each part of 17b, score 1 only if repeated exactly as given)

b. NOW REPEAT...

"THIS YELLOW CIRCLE [0 1]
IS HEAVIER THAN [0 1]
BLUE SQUARE" [0 1]

add above 3 scores then circle the answer →

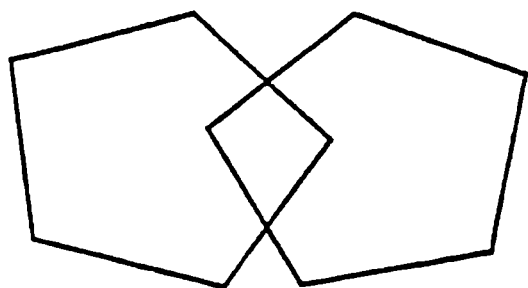
RPTA
2
1
0

RPTB
3
2
1
0

CASI - Cognitive Abilities Screening Instrument
HHP Version E-1.0 Record Form page 3 of 3

<p>18. PLEASE DO THIS: (Point to statement "RAISE YOUR HAND")</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;">Raises hand without prompting</td> <td style="width:20%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Raises hand after prompting</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Reads correctly, but does not raise hand</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Neither reads nor obeys</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Raises hand without prompting	3	Raises hand after prompting	2	Reads correctly, but does not raise hand	1	Neither reads nor obeys	0	READ	<p>23. WHAT DO WE CALL THIS PART OF THE FACE/BODY?: (2 sec. each)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">FOREHEAD [0 1]</td> <td style="width:5%; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>CHIN [0 1]</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>SHOULDER [0 1]</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>ELBOW [0 1]</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>WRIST [0 1]</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><i>add above 5 scores then circle the answer →</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	FOREHEAD [0 1]	5	CHIN [0 1]	4	SHOULDER [0 1]	3	ELBOW [0 1]	2	WRIST [0 1]	1	<i>add above 5 scores then circle the answer →</i>		0		BODY																																															
Raises hand without prompting	3																																																																							
Raises hand after prompting	2																																																																							
Reads correctly, but does not raise hand	1																																																																							
Neither reads nor obeys	0																																																																							
FOREHEAD [0 1]	5																																																																							
CHIN [0 1]	4																																																																							
SHOULDER [0 1]	3																																																																							
ELBOW [0 1]	2																																																																							
WRIST [0 1]	1																																																																							
<i>add above 5 scores then circle the answer →</i>																																																																								
0																																																																								
<p>19. LET ME HAVE A SAMPLE OF YOUR HANDWRITING. PLEASE WRITE: (HE) WOULD LIKE TO GO HOME. (1 min.) (may dictate 1 word at a time if necessary)</p>	WRITE	<p>24. WHAT IS THIS? (show one at a time, any order OK)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">SPOON [0 1]</td> <td style="width:5%; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>COIN [0 1]</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><i>add above 2 scores then circle the answer →</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	SPOON [0 1]	2	COIN [0 1]	1	<i>add above 2 scores then circle the answer →</i>		0		OBJA																																																													
SPOON [0 1]	2																																																																							
COIN [0 1]	1																																																																							
<i>add above 2 scores then circle the answer →</i>																																																																								
0																																																																								
<p>20. PLEASE COPY THIS: (show pentagons - 1 minute)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">Left Pentagon</td> <td style="width:15%; text-align: center;">Right Pentagon</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>5 approx. equal sides</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>5 but un-equal (>21) sides</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Any other enclosed figure</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>>= 2 lines but without closure</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Less than 2 lines</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Intersection:</td> </tr> <tr> <td>4 cornered</td> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Not 4-cornered enclosure</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>No enclosure</td> <td></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;"><i>add above 3 scores then circle the answer →</i></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>		Left Pentagon	Right Pentagon		5 approx. equal sides	4	4	8	5 but un-equal (>21) sides	3	3	7	Any other enclosed figure	2	2	6	>= 2 lines but without closure	1	1	5	Less than 2 lines	0	0	4	Intersection:				4 cornered		2	3	Not 4-cornered enclosure		1	2	No enclosure		0	1	<i>add above 3 scores then circle the answer →</i>				0				DRAW	<p>25. REMEMBER THESE 5 OBJECTS! (Wait for 5 sec.; cover, then ask:)</p> <p>WHAT 5 OBJECTS DID I JUST SHOW YOU? (Any order is OK, circle the correct ones.)</p> <p>SPOON COIN TOOTHBRUSH KEY COMB</p> <p style="text-align: right;"><i>number of correct answers →</i></p> <p style="text-align: right;">0</p>	OBJB																					
	Left Pentagon	Right Pentagon																																																																						
5 approx. equal sides	4	4	8																																																																					
5 but un-equal (>21) sides	3	3	7																																																																					
Any other enclosed figure	2	2	6																																																																					
>= 2 lines but without closure	1	1	5																																																																					
Less than 2 lines	0	0	4																																																																					
Intersection:																																																																								
4 cornered		2	3																																																																					
Not 4-cornered enclosure		1	2																																																																					
No enclosure		0	1																																																																					
<i>add above 3 scores then circle the answer →</i>																																																																								
0																																																																								
<p>(note: for question 21, do not repeat any part of the command) (use non-dominant hand)</p> <p>21. TAKE THIS PAPER WITH YOUR L (R) HAND [0 1]</p> <p>FOLD IT IN HALF, AND [0 1]</p> <p>HAND IT BACK TO ME. [0 1]</p> <p style="text-align: right;"><i>add above 3 scores then circle the answer →</i></p> <p style="text-align: right;">0</p>	CMD	<p>(Total number of objects either named spontaneously or repeated correctly after coaching.)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">0</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3</td> <td style="width:10%; text-align: center;">4</td> <td style="width:10%; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">RPNM</p>		0	1	2	3	4	5	RPNM																																																														
	0	1	2	3	4	5																																																																		
<p>22. WHAT THREE WORDS DID I ASK YOU TO REMEMBER EARLIER?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">RC2A</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>Spontaneous recall</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After: "one word was something to wear"</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After "Was it SHOES, SHIRT, or SOCKS"?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Still incorrect</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">RC2B</td> </tr> <tr> <td>Spontaneous recall</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After: "one word was a color"</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After "Was it BLUE, BLACK, or BROWN"?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Still incorrect</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">RC2C</td> </tr> <tr> <td>Spontaneous recall</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After: "one word was a good personal quality"</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>After "Was it HONESTY, CHARITY, or MODESTY"?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Still incorrect</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> </tr> </table>		RC2A		Spontaneous recall	3		After: "one word was something to wear"	2		After "Was it SHOES, SHIRT, or SOCKS"?	1		Still incorrect	0		RC2B			Spontaneous recall	3		After: "one word was a color"	2		After "Was it BLUE, BLACK, or BROWN"?	1		Still incorrect	0		RC2C			Spontaneous recall	3		After: "one word was a good personal quality"	2		After "Was it HONESTY, CHARITY, or MODESTY"?	1		Still incorrect	0		RC2A	<p>Finish time (hr:min) _____ : _____</p> <p>Duration (minutes) _____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;">VALIDITY OF SCORE</td> <td style="width:10%; text-align: center;">Valid</td> <td style="width:20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: poor hearing</td> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: poor eyesight</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: impaired motor control</td> <td></td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: language barrier</td> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: impaired alertness or attentiveness</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: significant physical or mental discomfort</td> <td></td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Probably invalid: other reasons (specify):</td> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>	VALIDITY OF SCORE	Valid	1	Probably invalid: poor hearing		2	Probably invalid: poor eyesight		3	Probably invalid: impaired motor control		4	Probably invalid: language barrier		5	Probably invalid: impaired alertness or attentiveness		6	Probably invalid: significant physical or mental discomfort		7	Probably invalid: other reasons (specify):		8	RCOJB
	RC2A																																																																							
Spontaneous recall	3																																																																							
After: "one word was something to wear"	2																																																																							
After "Was it SHOES, SHIRT, or SOCKS"?	1																																																																							
Still incorrect	0																																																																							
RC2B																																																																								
Spontaneous recall	3																																																																							
After: "one word was a color"	2																																																																							
After "Was it BLUE, BLACK, or BROWN"?	1																																																																							
Still incorrect	0																																																																							
RC2C																																																																								
Spontaneous recall	3																																																																							
After: "one word was a good personal quality"	2																																																																							
After "Was it HONESTY, CHARITY, or MODESTY"?	1																																																																							
Still incorrect	0																																																																							
VALIDITY OF SCORE	Valid	1																																																																						
Probably invalid: poor hearing		2																																																																						
Probably invalid: poor eyesight		3																																																																						
Probably invalid: impaired motor control		4																																																																						
Probably invalid: language barrier		5																																																																						
Probably invalid: impaired alertness or attentiveness		6																																																																						
Probably invalid: significant physical or mental discomfort		7																																																																						
Probably invalid: other reasons (specify):		8																																																																						

RAISE YOUR HAND



**POST-EXAM
COMMENT BY
INTERVIEWERS**

Module 1 2 K HHP No. A 0

Date (mm-dd-yy)

Interviewer

1. Did the participant have an impairment of hearing that interfered with the examination? (If hearing aid is worn, assess level of impairment with use of aid.)	No	0	11. Language in which the interview was conducted.	Entirely English - no problems with language	0
	Mild	1		English, but some language problems encountered	1
	Moderate	2		English, validity uncertain or poor	2
	Severe	3		Japanese; interviewer spoke Japanese	3
2. Did the participant have an impairment of vision that interfered with the examination? (If glasses or contact lenses are worn assess level of impairment with use of aid.)	No	0		Mixed; interviewer spoke Japanese and English	4
	Mild	1		Japanese; with HHP interpreter (full translation)	5
	Moderate	2		Mixed; with HHP interpreter	6
	Severe	3		Japanese; with family member/friend interpreter	7
3. Did the participant have an impairment of speech that interfered with his ability to answer questions?	No	0	Mixed; with family member/friend interpreter	8	
	Yes	1	12. Was the examination completed?	No	0
	Mixed/Uncertain	2	Yes	1	
4. Did the participant seem awake and alert?	No	0	13. If examination was not completed, what was the main reason?	Physical or sensory problems	1
	Yes	1		Mental or cognitive problems	2
	Mixed/Uncertain	2		Emotional problems, like irritation, anger, agitation, anxiety	3
5. Did the participant seem oriented, and did he seem to understand the questions and instructions?	No	0		Fatigue	4
	Yes	1		Illness	5
	Mixed/Uncertain	2		Scheduling conflict	6
	6. Was the participant's affect and behavior generally appropriate and normal?	Yes		1	Reasons unrelated to participant, such as equipment failure, etc.
Appeared depressed		2		Other _____	8
Appeared agitated		3	Other comments		
Other unusual/inappropriate affect		4			
7. In your judgement, did the participant try to answer questions and carry out instructions to the best of his ability?	No	0			
	Yes	1			
	Mixed/Uncertain	2			
8. In your judgement, did the participant appear to show signs of Parkinsonism?	No	0			
	Possibly	1			
	Probably	2			
	Definitely	3			
9. How much of the interview was provided by a proxy informant?	None	0			
	Some	1			
	Most	2			
	All	3			
10. If any answer other than "None" is given to question 9 what was the main reason for information being given by the proxy?	Participant had a problem with speech such as stroke or mechanical problem with mouth or throat	1			
	Participant was confused or unable to remember information	2			
	Participant had other mental problem	3			
	Other _____	4			

**PHYSICAL EXAM
and EVALUATION**

Module 13K HHP No. A 0

Date (mm-dd-yy) Physician

Physical Examination				Physician's Evaluation of Physical Examination						
1. Neck	Carotid bruit	Absent	0	7. ECG abnormality (specify below)	No	Yes	Possible	Unk		
		Right only	1		0	1	2	9		
		Left only	2		0	1	2	9		
		Bilateral	3		0	1	2	9		
		Not Assessed	8		0	1	2	9		
				10. Myocardial infarction	0	1	2	9		
				11. Transient cerebral ischemic attack	0	1	2	9		
2. Heart	a. Murmur - systolic	0	1	8	12. Stroke	0	1	2	9	
	b. Murmur - diastolic	0	1	8	13. Congestive heart failure	0	1	2	9	
3. Lungs	Bilateral rales that do not clear with coughing		0	1	8	14. Peripheral vascular disease	0	1	2	9
	a. Liver span 10 cm or more		0	1	8	15. Other CVD: _____	0	1	2	9
4. Abdomen	b. Other: _____		0	1	8	16. Pulmonary disease	0	1	2	9
	5. Extremities - Pitting ankle edema		0	1	8	17. Parkinsonism	0	1	2	9
6. Upper Extremities	a. Resting tremor, right		0	1	8	18. Dementia	0	1	2	9
	b. Resting tremor, left		0	1	8	19. Hearing impairment	0	1	2	9
	c. Rigidity, right		0	1	8	20. Vision impairment	0	1	2	9
	d. Rigidity, left		0	1	8					
	e. Cog-wheeling, right		0	1	8	21. Follow-up	No Yes			
	f. Cog-wheeling, left		0	1	8		a. Refer to neurologist	0	1	
	g. Weak or flaccid, right		0	1	8	b. Obtain old records specify: _____	0	1		
	h. Weak or flaccid, left		0	1	8					
Comment:				22. Was PHYSICAL EXAM and EVALUATION completed? If "No", specify reason(s):				No	Yes	
								0	1	
Comment:				Comment:						

ECG Codesheet

Module **1 4 K**

HHP No. **A 0**

Date (mm-dd-yy)

Code

01. VENTRICULAR RATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
02. P-R INTERVAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
03. QRS DURATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
04. Q-T INTERVAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
05. PREMATURE BEATS	0-NEGATIVE 1-ATR. 2-VENT.	3-BOTH 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
06. TACHYCARDIA	0-NEGATIVE 1-SUPRA. 2-VENT.	3-INDET. 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
07. ATRIAL FLUTTER OR FIBRILLATION	0-NEGATIVE 1-FLUTTER	2-FIBRILLATION 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
08. OTHER ABNORMALITY OF RHYTHM	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
09. A-V BLOCK	0-NEGATIVE 1-1ST 2-2ND	3-3RD 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
10. I-V BLOCK	0-NEGATIVE 1-LBBB COMP. 2-LBBB INC. 3-RBBB COMP.	4-RBBB INC. 5-UNCLASS. 6-BILAT. 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
11. W-P-W	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 2-DBT-A	3-DBT-B 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
12. PROLONGED Q-T INTERVAL	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
13. P-WAVE ABNORMALITY	0-NEGATIVE 1-LEAD 2 2-V ₁ 3-BOTH 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
14. HIGH VOLTAGE QRS	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
15. PATTERN SUGGESTING LVH	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
16. PATTERN SUGGESTING LVS	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
17. PATTERN SUGGESTING RVH	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>	
18. NON-SPECIFIC ST-J OR SEG. ABNORMALITY	0-NEGATIVE 1-TYPE 1 2-TYPE 2	3-TYPE 3 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
19. NON-SPEC. T-WAVE ABNORMALITY		0-NEGATIVE 1-TYPE 1 2-TYPE 2	3-TYPE 3 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>
20. MYOCARDIAL ISCHEMIA		0-NEGATIVE 1-POSITIVE 9-UNKNOWN		<input type="checkbox"/>
21. MYOCARDIAL INFARCTION, POSITIVE		00-NEGATIVE 01-12-TYPE 1 TO TYPE 12 99-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
22. MYOCARDIAL INFARCTION, DOUBTFUL		0-NEGATIVE 1-8-TYPE 1 TO TYPE 8 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>	
23. OTHER MYOCARDIAL INFARCTION, POSSIBLE		0-NEGATIVE 1-TYPE 1	2-TYPE 2 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>
24. ABNORMAL QRS AXIS		0-NEGATIVE 1-LEFT 2-RIGHT 3-S ₁ S ₂ S ₃	4-INDET. 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>
25. OTHER ABNORMAL CONFIGURATION		0-NEGATIVE 1-↓ VOLT. 2-ST↑ 3-T↑ 4-T↓ 5-U	6-ALT. 7-DEXT. 8-ETC. 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>
26. ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION		0-9		<input type="checkbox"/>
27. TEMPORAL CHANGE OF MYOCARDIAL INFARCTION		0-9		<input type="checkbox"/>
28. TEMPORAL T WAVE CHANGE		0-NEGATIVE 1-POS. DWN 2-DBT. DWN	3-POS. UP 4-DBT. UP 9-UNKNOWN	<input type="checkbox"/>
29. TEMPORAL ST CHANGE		AWAY FROM BASELINE	0-NEGATIVE 1-POS. DWN 2-DBT. DWN 3-POS. UP 4-DBT. UP	<input type="checkbox"/>
		TOWARD BASELINE	5-POSITIVE 6-DOUBTFUL 9-UNKNOWN	
30. CAUSE OF ST/T CHANGES		DIGITALIS	0-NEGATIVE 1-POSITIVE 2-DOUBTFUL	<input type="checkbox"/>
		OTHER DRUGS	3-POSITIVE 4-DOUBTFUL	
		ELECTRODE	5-POSITIVE 6-DOUBTFUL 7-COMB. 8-INTERIM DISEASE 9-UNKNOWN	

HEMATOLOGY

Module **15K** HMP No. **A 01**

Lab Date (mm-dd-yy)

Coder **Plaza Medical Lab**

00

PLAZA MEDICAL LABORATORY 321 N. KUAKINI STREET • HONOLULU, HAWAII

HEMATOLOGY

SA		OP CODES	NORMAL VALUES	CBC	TECH	ACQ/IME	STAT	PRE-GR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WBC	7.5±3	Hct/Hgb				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X 10 ³		WBC/Dif				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RBC	M 5.2±0.8 F 4.5±0.5	WBC/Hgb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X 10 ⁴						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hgb	M 16±2 F 14±2	PERSON HOUR/RES	CALLED	WRITTEN BY	TIME	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g/dl						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hct	M 45±5 F 41±5					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MCV	90±9					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	μm ³						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MCH	29±2					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	μg						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MCHC	34±2					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g/dl						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RDW	10±1					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLT	150-400	OUT				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X 10 ³		IN				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			COLL				

* INDEX OF RED CELL SIZE DISTRIBUTION WIDTH

PLATELETS ESTIMATE NORM. DISC. INC.

RETIC %

SED. RATE mm/hr. |

DIFFERENTIAL

- 1=Normal
- 2=Slightly decreased
- 3=Decreased
- 4=Slightly increased
- 5=Increased

MYELO MORPH

JUV HYPO

STAB ANISO

SEG MICRO

LYM MACRO

ATL POIKILO

MONO ELLIPTO

EGS POLYCHROM

BASO BASO STIP

- 1=Presented

- 0=None seen
- 1=Slight
- 2=Slight-moderate
- 3=Moderate
- 4=Moderate-marked
- 5=Marked

NRBC/100 WBC

TOXIC GRAN

COHLE ECCIES

Target Cells

Other

- 0=None seen
- 1=Occasional
- 2=Few
- 3=Few-moderate
- 4=Moderate
- 5=Moderate-many
- 6=Many

LAS COPY

HONOLULU HEART PROGRAM
EXAMINATION 4
Supplemental Questionnaire

Module 16.K HHP No. A 0 | | | |

Exam Date (mm-dd-yy) | | | | | |

Interviewer _____ |

Part 1. Family History

To be completed by Interviewer - questions to be asked to Participant and/or Proxy

In the table below, please write the first names of all your brothers, then all your sisters, including those who have died or with whom you have lost touch, in the column labeled First Name.

- Circle the appropriate answer for whether they are still alive. If they are no longer alive, please write their age at death.
- Circle the appropriate answer if they have ever had a heart attack. If they had a heart attack, please write their age at first heart attack.
- Circle the appropriate answer if they have ever had a stroke. If they had a stroke, please write their age at first stroke.
- Circle the appropriate answer if they have ever had diabetes. If they had diabetes, please write their age at first diagnosis.

First Name	Male/Female		Full/Half		Year of Birth	Still Alive?			Age at Death	Heart attack?			Age at first attack	Stroke?			Age at first stroke	Diabetes?			Age at first diagnosis
	No	Yes	Unk	No		Yes	Unk	No		Yes	Unk	No		Yes	Unk	No		Yes	Unk		
1	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
2	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
3	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
4	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
5	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
6	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
7	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
8	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
9	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	
10	1	2	1	2		0	1	9		0	1	9		0	1	9		0	1	9	

Was FAMILY HISTORY completed?

No		0
Yes		1

 → If "No", specify reason(s):

Part 2. Medical History

Module 1 7 K HHP No. A 0

Aspirin and Antacids

Date (mm-dd-yy)

Interviewer

To be completed by Interviewer - questions to be asked to Participant only. Proxy to leave the room.

Aspirin

Antacids

1. Do you take aspirin regularly, that is, everyday or almost everyday?

No	Yes	Don't know
0	1	9

2. Have you ever taken antacids such as TUMS, MYLANTA, MAALOX, or GELUSIL at least once a day for a month or longer?

No	Yes	Don't know
0	1	9

*If "No", complete part a.
If "Yes", complete part b.*

If "Yes", complete part a and b.

a. During the past 20 years, was there ever a time lasting at least 6 months that you took aspirin everyday or almost everyday?

No	Yes	Don't know
0	1	9

a. How many different times in your life have you taken antacids daily for at least one month?

None	0
One time	1
Twice	2
Three times	3
Four times or more	4
Don't know	9

b. How long have you been taking aspirin daily or almost daily?

Not taking now	0
Less than 1 month	1
1 to 5 months	2
6 to 11 months	3
1 year to 2 years 11 months	4
3 years to 5 years 11 months	5
6 to 10 years	6
More than 10 years	7
Don't know	9

b. Do you remember the name of the antacids that you took most often?

(do not cue, record only those spontaneously mentioned)

	No	Yes
TUMS	0	1
ROLAIDS	0	1
MYLANTA	0	1
MAALOX	0	1
GELUSIL	0	1
ALUDROX	0	1
DI-GEL	0	1
GAVISCON	0	1
RIOPAN	0	1
TEMPO	0	1
OTHER 1 _____	0	1
OTHER 2 _____	0	1

Part 2. Medical History - Accidents and Injuries

1 a. Have you ever had an injury so severe that you lost consciousness?		No	0	→ If "Yes", how many such injuries have you had? <input type="text"/>	
		Yes	1		
		Don't know	9		
			Most recent	Second most recent	Third most recent
b. When did it occur... about how long ago?	Less than one year ago	0	0	0	
	More than a year but less than 2	1	1	1	
	2-4 years ago	2	2	2	
	5-7 years ago	3	3	3	
	8-10 years ago	4	4	4	
	11-19 years ago	5	5	5	
	20-29 years ago	6	6	6	
	30+ years ago	7	7	7	
Don't know, uncertain		9	9	9	
c. What sort of injury was it?	Head injury	1	1	1	
	Near drowning	2	2	2	
	Electric shock	3	3	3	
	Trauma <u>not</u> primarily involving the head	4	4	4	
	Other: _____	5	5	5	
	Don't know, uncertain	9	9	9	
d. Did you see a doctor?	No	0	0	0	
	Yes	1	1	1	
	Don't know	9	9	9	
	If "Yes", who was the doctor? _____				
e. Did you go to a hospital?	No	0	0	0	
	Yes	1	1	1	
	Don't know	9	9	9	
	If "Yes", which hospital? _____				
f. How long were you unconscious?	Not definitely unconscious	0	0	0	
	A few seconds or less	1	1	1	
	About a minute or less	2	2	2	
	1-2 minutes	3	3	3	
	3-5 minutes	4	4	4	
	6-9 minutes	5	5	5	
	10 minutes to one hour	6	6	6	
	More than one hour	7	7	7	
Don't know, uncertain		9	9	9	
g. After you recovered from that accident, were you able to remember what you had been doing in the hour immediately before it occurred?	No - I lost my memory of events immediately before the accident	0	0	0	
	Yes - some memory loss, but not complete	1	1	1	
	Yes - I had no difficulty remembering events before the accident	2	2	2	
	Don't know, uncertain	9	9	9	
2. Were ASPIRIN and ANTACIDS, ACCIDENTS and INJURIES completed?		No	0	→ If "No", specify reason(s):	
		Yes	1		

Part 3. Other questions

To be completed by Participant alone, Interviewer to check afterwards.
Proxy is not supposed to see this part of questionnaire.

.....
Instruction: Please check your answer like this

1. How many children have you had? _____
2. How many grandchildren have you had? _____
3. Do you know of anyone in your family who was born with mental retardation due to
Downs syndrome ダウン症候群 or mongolism?

0=no 1=yes 9=don't know

If "yes", what was their relationship to you?

- 1 = sister or brother
 2 = child
 3 = grandchild
 4 = other: _____

4. Have any of your relatives developed a condition with memory loss or confusion
due to Alzheimer's disease アルツハイマー病, senile dementia, 老年痴呆
dementia, senility, or a similar disease?

0=no 1=yes 8=possibly 9=don't know

If "yes" or "possibly", what was their relationship to you?

- 1 = grandparent
 2 = parent
 3 = sister or brother
 4 = child
 5 = other: _____

At what age did the symptoms become so severe that they
interfered with his/her social activities of daily life? _____

The following questions are related to your current and past use of deodorants and antiperspirants. We are interested in these products because many contain high concentrations of silica and aluminum. The questions are asked so that we can assess the extent to which you might have been exposed to silica and aluminum through the use of these products over the years .

5. Nowadays how often do you use an antiperspirant or deodorant?

- 1 = most days
- 2 = 3 to 4 days each week (about every other day)
- 3 = 1 to 2 days each week
- 4 = less than once each week, but usually at least once each month
- 5 = rarely – less than once a month
- 6 = never

6. During most of your adult life (as between the ages of 30-60 years), how often did you use an antiperspirant or deodorant?

- 1 = most days
- 2 = 3 to 4 days each week (about every other day)
- 3 = 1 to 2 days each week
- 4 = less than once each week, but usually at least once each month
- 5 = rarely – less than once a month
- 6 = never

7. When you have used such products, have they usually been deodorants or antiperspirants?

- 1 = deodorant
- 2 = antiperspirant
- 3 = both
- 4 = neither
- 5 = never used
- 9 = don't know

8. When you used such a product was it usually a:

- 1 = roll-on?
- 2 = stick?
- 3 = cream?
- 4 = pads?
- 5 = aerosol (spray)?
- 6 = powder?
- 7 = never used
- 9 = don't know

9. If you used antiperspirants or deodorants regularly, please give the brand names of those you used the most often.

don't use antiperspirants or deoderants

most used brand (name) _____
 1=roll-on 2=stick 3=cream 4=pads 5=aerosol 6=powder

second most used brand (name) _____
 1=roll-on 2=stick 3=cream 4=pads 5=aerosol 6=powder

The next questions are about your bowel movements – how often do you have a movement, and if that has changed in recent years.

10. How often do you have a bowel movement?

- 1=once each day
- 2=approximately 2-3 times each day
- 3=more often than three times each day
- 4=approximately every other day (3-4 times each week)
- 5=approximately 2 times each week
- 6=approximately 1 time each week
- 7=less often than once each week

11. Compared to 10 to 20 years ago, do you have bowel movements more often now or less often now?

- 1=about the same
- 2=a little more often now
- 3=much more often now
- 4=a little less often now
- 5=much less often now
- 9=don't know

The next questions are about stress. Some research suggested that stress in childhood may affect your health as an adult. In adult life, many stresses are related to our jobs. In childhood, stresses were more likely to be related to problems with others who lived in the same house, and to our schooling. These questions are intended to help us understand how you have dealt with stress throughout your life, beginning with your own childhood and continuing even today.

CHLDLV17

12. How many other children lived in the same house with you when you were 2-3 years old? Would you guess it was usually:
- 0=no other children
 - 1=1 or 2
 - 2=3 or 4
 - 3=more than 4
 - 9=don't know or don't remember

PEOPLV17

13. Altogether, how many people lived in your house when you were 2 to 3 years old? Would you guess it was usually:
- 1=3 or less
 - 2=4 to 6
 - 3=7 to 9
 - 4=10 or more
 - 9=don't know or don't remember

PERSN17

14. Which of the following statements would have best described your personality as a young child (age 5 to 10 years):
- 1=I strongly preferred quiet and order
 - 2=I preferred familiar activities and did not especially like excitement or surprises
 - 3=I enjoyed occasional new and exciting experiences
 - 4=I definitely liked excitement and most new experiences
 - 5=I was always looking for adventure and excitement
 - 9=don't know or don't remember

15. Up until you started elementary school how many years did you spend in Japan?
(If none, write down 0.) _____

16. While you were in school - from the first grade on - how many years did you
spend in Japan? (If none, write down 0.) _____

17. As a schoolboy, how did you do in:

	worse than average	average	better than average	don't know/ don't remember
memorizing	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
arithmetic	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
higher math (algebra, geometry)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
art or music	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
puzzles or problem solving	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
reading	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
sport activities	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

18. What was the first language you learned to speak?

- 1 = Japanese
- 2 = English
- 3 = Japanese and English at the same time
- 4 = other

if not English:

At about what age did you learn to speak English? _____

19. How often do you speak Japanese these days?

- 0=never
- 1=rarely (as once a year)
- 2=occasionally (as once a month)
- 3=often (as once a week)
- 4=every day or almost every day

20. How old were you when the main language used in your home became English?

- 1=under 5 years
- 2=5 to 10 years
- 3=10 to 20 years
- 4=20 to 30 years
- 5=30 to 40 years
- 6=40 to 50 years
- 7=50 to 60 years
- 8=60 or older
- 9=English is still not the main language in my home

21. Do you read or write Japanese now?

- 0=no
- 1=yes, no difficulty
- 2=yes, with some difficulty
- 3=yes, but with a lot of difficulty

22. When was the last time you read a Japanese-language magazine, book, or newspaper at least once a week?

- 1=still do
- 2=less than 10 years ago
- 3=10 to 19 years ago
- 4=20 to 29 years ago
- 5=more than 30 years ago
- 6=never

23. During most of your working life, how well did you tolerate the stresses and pressure of your job? Would you say that you tolerated the pressure...

- 1=definitely better than most others in the same work
- 2=a little better than most others in the same work
- 3=about the same as others doing similar work
- 4=not quite as well as most others in the same work
- 5=definitely less well than most others in the same work
- 9=don't know

The next series of questions involves changes you may have observed in yourself over the past 10 to 20 years.

- 24. Do you think that your sense of smell has improved or deteriorated in recent years?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

- 25. What about your sense of taste?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

- 26. Your ability to adapt to very hot weather?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

- 27. Your ability to remember the names of people you have just met?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

- 28. Your ability to remember the faces of people you have just met?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

-
- 29. Remembering the names of close friends or relatives?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

 - 30. Remembering appointments correctly?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

 - 31. Judging the passage of time, and guessing the time of day without looking at a clock or the sun?
 - 1 = definitely improved
 - 2 = slightly improved
 - 3 = no change
 - 4 = slightly deteriorated
 - 5 = definitely deteriorated
 - 9 = don't know

32. Have you noticed any change over the past 10-20 years in how sensitive you are to coffee or strong tea? Does coffee or strong tea interfere with your sleep any more or less now than a few years ago?
- 1 = I am definitely less sensitive to coffee and tea
 - 2 = I seem to be a little less sensitive
 - 3 = no change
 - 4 = I seem to be a little more sensitive to coffee and tea
 - 5 = I am definitely more sensitive to coffee and tea; they are more likely now to interfere with my sleep.
 - 9 = don't know

HANDEDNESS

33. During most of your life, which hand did you usually use for:

	left	right	either
writing	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
throwing a ball	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
cutting with scissors	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
using a knife	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
using a screw driver	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
using a hammer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
combing your hair	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
brushing your teeth	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
removing a splinter from your foot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

34. Do you believe you might have been left-handed if you had not been forced to use your right hand for writing and other activities?

- 1 = no, I am definitely right handed
- 2 = possibly
- 3 = yes, I was probably "naturally" left handed
- 4 = I am definitely a naturally left-handed person

OCCUPATIONAL EXPOSURES:

35. Did you ever have a job that caused you to be exposed to loud sounds and noises everyday?

0=no 1=yes

If "yes", for how many years did you work at jobs during which you were exposed to loud sounds? _____

36. Did you ever have a job that caused you to spend most of every day outside in the sun?

0=no 1=yes

If "yes", for how many years did you work at jobs during which you were outside in the sun most of the day? _____

37. Did you ever have a job that involved working around sewage?

0=no 1=yes

If "yes", for how many years did you work at such a job? _____

38. Did you ever have a job that caused you to be heavily exposed to fertilizer?

0=no 1=yes

If "yes", for how many years did you work at such a job? _____

VIRUS INFECTIONS:

39. Have you ever had a cold sore on your lip or in your mouth?
 0=no 1=yes

If "yes", how often do you get such cold sores?
 1=rarely (less than once every 2 years)
 2=occasionally (once every year or two)
 3=often

40. Have you ever had shingles 带状疱疹, also known as zoster?
 0=no 1=yes

If "yes", how many times have you had shingles?
 1=once
 2=2 to 3 times
 3=more than 3 times

41. Have you ever had a wart?
 0=no 1=yes

If "yes", about how old were you the last time you had a wart? _____

On what parts of your body have you had a wart?

	no	yes
fingers, hands, arms	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
soles of the feet	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
other parts of the feet, legs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
genitals	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
trunk, neck, head	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

.....
[end of the questionnaire]

EXAM 6

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING			HHP NO. A 0			
Exam Date (mm-dd-yy) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Interviewer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Questions 1 to 4, Do you have any difficulty? (Use one card)			a. (If yes) How much difficulty do you have?			
			Some	A lot	Unable to do	Unknown
1. Walking one-half mile? (about 5 to 6 blocks) If "No", skip to 4	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
2. Walking around in your house?	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
3. Getting out of bed or chair?	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
4. Walking up a flight of stairs? (that is about 10 steps)	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
Questions 5 to 14, Because of health or physical problems, do you have any difficulty with: (Use one card)			a. (If yes) How much difficulty do you have?			
			Some	A lot	Unable to do	Unknown
5. Heavy work like: washing the car, cleaning up the garage, or yard work (like raking leaves, mowing)? If "No" skip to 7	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
6. Light house work like washing or drying dishes, making a bed, tidying up a workshop or room?	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
7. Shopping for personal items?	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				
8. Preparing your meals?	No	0	1	2	3	9
	Yes	1				
	Could do it, but don't for other reason	2				
	Don't know, or refused	9				

EXAM 6

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING - continued							
Questions 5 to 14, Because of health or physical problems, do you have any difficulty with: (Use cue cards)			a. (If yes) How much difficulty do you have?				
			Some	A lot	Unable to do	Unknown	
9. Managing your money such as paying bills, writing checks, etc.?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
10. Using the telephone?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
11. Feeding yourself (like holding a fork, cutting food, or drinking from a glass)?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
12. Dressing yourself (like putting on a shirt, buttoning and zipping, or putting on/tying shoes)?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
13. Bathing or taking a shower?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
14. Getting to or using the toilet?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
Questions 15 to 17, Do you have any difficulty: (Use cue cards)			a. (If yes) How much difficulty do you have?				
			Some	A lot	Unable to do	Unknown	
15. Lifting or carrying something as heavy as 10 pounds? (such as a bag of groceries)	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
16. Reaching out and above your head with your arms?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
17. Gripping small objects with your hands?	No	0	1	2	3	9	
	Yes	1					
	Could do it, but don't for other reason	2					
	Don't know, or refused	9					
18. Was PHYSICAL FUNCTIONING completed?	No	0	If 'No', specify reason(s):				
	Yes	1					

NEUROLOGICAL EXAMINATION

1. Have you had a recent worsening of pain or arthritis in your wrist, or do you have tendonitis?		No	0	11. Single Chair Stand	
		Yes	1	a. Do you think it would be safe for you to try to stand up from a chair without using your arms?	
		Don't know	9	No	
				Yes	
				Don't know	
2. Have you had surgery on your hands or arms during the last 3 months?		No	0	b. If "No", specify reason:	
		Yes	1	_____	
		Don't know	9	_____	
3. Dominant hand-Grip strength	Left		1	c. Number of attempts to rise (including rocking and weight shifting)	
	Right		2	_____	
	Unable/discontinued		3	d. Rises	
	Refused		4	Tried, but unable	
	Not performed for safety reasons		5	Not attempted for safety reasons	
4. First try		_____ kg		Not attempted (chair bound)	
		Comment		Not attempted (no suitable chair)	
5. Second try		_____ kg		Not attempted (other reason)	
				Rises using arms	
				Rises without using arms	
6. Repeat for opposite hand-Grip strength	Left		1	12. Repeated Chair Stand (seconds)	
	Right		2	a. Do you think it would be safe for you to try to stand up from a chair without using your arms, five times quickly?	
	Unable/discontinued		3	No	
	Refused		4	Yes	
	Not performed for safety reasons		5	Don't know	
7. First try		_____ kg		b. If "No", specify reason:	
		Comment		_____	
8. Second try		_____ kg		c. Number completed	

9. Grip strength	Arm position	Left	Right	d. Time if 5 stands done successfully	
	Arm extended	1	1	_____ seconds	
	Elbow on table	2	2	e. Chair height	
	Examiner support	3	3	_____ cm	
10. External Shoulder Rotation		Left	Right	f. If completion number is less than 5, specify reason	
	Unable to do	0	0	Tried, but unable	
	Performed fully	1	1	Not attempted for safety reasons	
	Performed partially	2	2	Not attempted (chair bound)	
				Not attempted (no suitable chair)	
				Not attempted (other reason)	

NEUROLOGICAL EXAMINATION - continued			14. Turn around time (ask participant to walk at least 5 steps before instructing to turn around)		
13. Measured walk, gait test	Not able	0	a. Number of steps for turn around <input type="text"/>		
	Able	1			
	Not assessed	3			
if not able or not assessed, skip to 15.			b. Time for turn around (code 0000 for not attempted) (code 9999 for tried but unable) <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> (min) (sec)		
a. Type of gait	Normal	0	15. Side by Side Stand (10 seconds) <input type="text"/> seconds	No	0
	Left hemiparetic	1		Yes	1
	Right hemiparetic	2		Not assessed	3
	Bilateral weakness	3			
	Shuffling	4			
Other: _____	5				
b. Aids for first walk	Wheelchair (as walking aid)	1	16. Semi-Tandem Stand (10 seconds) <input type="text"/> seconds	No	0
	Walker	2		Yes	1
	Quad cane	3		Not assessed	3
	Other cane	4			
	No aid	5			
	Other: _____	6			
c. Time for first walk 10 feet (code 00 for not attempted) (code 01 for tried but unable) <input type="text"/> seconds			17. Full Tandem Stand (10 seconds) <input type="text"/> seconds	No	0
d. Number of steps <input type="text"/>				Yes	1
e. Aids for second walk				Not assessed	3
	Wheelchair (as walking aid)	1	18. Was NEUROLOGICAL EXAM completed?	No	0
	Walker	2		Yes	1
	Quad cane	3			
	Other cane	4			
	No aid	5			
	Other	6			
f. Time for second walk 10 feet (code 00 for not attempted) (code 01 for tried but unable) <input type="text"/> seconds			If 'No', specify reason(s):		
g. Number of steps <input type="text"/>			ANTHROPOMETRY		
h. Arm swing while walking			1. Weight <input type="text"/> kg		
	Normal	0	2. Was ANTHROPOMETRY completed?	No	0
	Reduced arm swing, left only	1		Yes	1
	Reduced arm swing, right only	2			
	Reduced arm swing, both arms	3			
	Uncertain or not observable	4			
			If 'No', specify reason(s):		

EXAM 8

ASSESSMENT OF PHYSICAL FUNCTIONING		HHP NO. A0 <input type="text"/>		
(Use cue cards)				
Do you have any difficulty:	No	Yes	Could do it, but don't far other -----	Unknown
1. Walking one-half mile? - (about 5 to 6 blocks)	0 (skip to 4)	1	2	9
2. Walking around in your house?	0	1	2	9
3. Getting out of bed or chair?	0	1	2	9
4. Walking up a flight of stairs? - (that is about 10 steps)	0	1	2	9
Because of health or physical problems, do you have any difficulty with:				
5. Heavy work like: washing the car, cleaning up the garage, or yard work (like raking leaves, mowing)?	0 (skip to 7)	1	2	9
6. Light house work like washing or drying dishes, making a bed, tidying up a workshop or room?	0	1	2	9
7. Shopping for personal items?	0	1	2	9
8. Preparing your meals?	0	1	2	9
9. Managing your money such as paying bills, writing checks, etc.?	0	1	2	9
10. Using the telephone?	0	1	2	9
11. Feeding yourself (like holding a fork, cutting food, or drinking from a glass)?	0	1	2	9
12. Dressing yourself (like putting on a shirt, buttoning and zipping, or putting on/tying shoes)?	0	1	2	9
13. Bathing or taking a shower?	0	1	2	9
14. Getting to or using the toilet?	0	1	2	9
Do you have any difficulty:				
15. Lifting or carrying something as heavy as 10 pounds? (such as a bag of groceries)	0	1	2	9
16. Reaching out and above your head with your arms?	0	1	2	9
17. Gripping small objects with your hands?	0	1	2	9
18. Was PHYSICAL FUNCTIONING completed?	No	0	If "No", specify reason(s):	
	Yes	1		

2. 日本人および日系米人の高齢者総死亡率に影響を与える要因の比較検討

研究代表者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

上 島 弘 嗣

共同研究者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

三 浦 克 之・喜 多 義 邦・奥 田 奈 賀 子

滋賀医科大学社会医学講座医療統計学部門

村 上 義 孝・

結核予防会第一健康相談所

岡 山 明

国立循環器病センター

岡 村 智 教

研究要旨

本研究課題の前提として、NIPPON DATA80 の対象者約 10,000 名と Honolulu Heart Program を対象に、日本人と日系米国人とにおける高齢者の総死亡率およびそれに影響を与える要因を探求した。

A. 研究目的

日本では 1965 年以降、血圧の低下などにより脳卒中死亡率が低下傾向にあるが、総コレステロールの増加とともに冠疾患は増加傾向にある。一方、第二次世界大戦後から 1965 年にかけての高い喫煙率により、肺癌は 1993 年以降男性の部位別がん死亡の首位にある。しかし日本人のライフスタイルの欧米化が今後進んだとき、我が国の高齢者の死亡率がどう変化するかは明かでない。

そこで、日本およびハワイ在住の日本人の総死亡に影響を及ぼす危険因子の比較分析を行うことで、日本人高齢者の総死亡率に影響する要因を明らかにする。

B. 研究方法

1980 年に全国から無作為抽出された循環器疾患基礎調査受検者約 10000 人を対象とした NIPPON DATA80 と Honolulu Heart Program の 1980-1982 年調査参加者から 61-81 歳の男性を対象にして 19 年間追跡した。年齢調整総死亡率、各種危険因子を調整した調整総死亡率を算出した。また、各種危険因子について総死亡に対する相対ハザード比を算出した。

C. 研究結果

ベースライン調査では、ハワイ在住日本人は日本の日本人に比べ糖尿病有病率が 2 倍、冠動脈疾患有病率が 4 倍であった。血清総コレステロールと肥満度 (BMI) もハワイで

高かった。一方、血圧は日本在住日本人で高く、喫煙率は3倍であった。19年間の総死亡リスクは日本在住日本人のほうが1.4倍高かった(1000人年観察あたり日本49.4、ハワイ36.2)。各種危険因子を調整すると両集団の死亡率の差は無くなり、日本在住日本人の高い死亡率は血圧と喫煙のみによって説明可能であった。

D. 考察

遺伝背景の極めて近いこの2集団の比較検討結果から、日本在住日本人は禁煙と血圧の改善により寿命を延伸できると考えられた。一方、ハワイ在住の日系人は生活習慣の改善により寿命を延伸できると考えられた。今後ライフスタイルの欧米化が進めば日本在住日本人がハワイ在住日系米人と同様の危険因子を持つに至る可能性があることも示唆される。

担当研究報告 2. に関連する資料

資料 9. 本研究課題の前提となった報告

資料 9 の概要

Risk Factor Effects and Total Mortality in Older Japanese Men in Japan and Hawaii

日本在住日本人高齢者およびハワイ在住日本人高齢者の総死亡率に影響する要因

ABBOTT RD, PHD, UESHIMA H, MD, HOZAWA A, MD, OKAMURA T, MD, KADOWAKI T, MD, MIURA K, MD, OKUDA N, MD, NAKAMURA Y, MD, OKAYAMA A, MD, KITA Y, PHD, RODRIGUEZ BL, MD, YANO K, MD, AND CURB JD, MD

【背景および目的】日本では 1965 年以降、血圧の低下などにより脳卒中死亡率が低下傾向にあるが、総コレステロールの増加とともに冠疾患は増加傾向にある。一方、第二次世界大戦から 1965 年にかけての喫煙の急増により、肺癌は 1993 年以降総死因の首位にある。日本およびハワイ在住の日本人を比較検討することで、日本人高齢者の総死亡率に影響する要因を明らかにする。

【方法】 61-81 歳のハワイ在住日本人男性 1379 人 (Honolulu Heart Program) と日本在住日本人男性 954 人 (NIPPON DATA80) を対象にベースライン調査を 1980-1982 年に行い 19 年間追跡した。年齢調整総死亡率、各種危険因子を調整した調整総死亡率を算出した。また、各種危険因子について総死亡に対する相対ハザード比を算出した。

【結果】 ベースライン調査では、ハワイ在住日本人は日本の日本人に比べ糖尿病有病率が 2 倍、冠動脈疾患有病率が 4 倍であった。血清総コレステロールと肥満度 (BMI) もハワイで高かった。一方、血圧は日本在住日本人で高く、喫煙率は 3 倍であった。19 年間の総死亡リスクは日本在住日本人のほうが 1.4 倍高かった (1000 人年観察あたり日本 49.4、ハワイ 36.2)。各種危険因子を調整すると両集団の死亡率の差は無くなった。日本在住日本人の高い死亡率は血圧と喫煙のみによって説明可能であった。

【結論】 ハワイ在住日本人に比べて日本在住日本人の死亡率が高い理由は、喫煙と高血圧によって大部分が説明可能であった。遺伝的に類似したこの 2 集団の比較研究結果はまた、今後、日本の日本人がハワイ在住者と同じような危険因子を持つに至る可能性があることも示した。

3. 中年男性の潜在性動脈硬化進展度の国際比較

研究代表者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

上 島 弘 嗣

共同研究者

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

門 脇 崇・三 浦 克 之・門 田 文・門 脇 紗也佳・高 嶋 直 敬・藤 吉 朗

研究要旨

本邦の潜在性動脈硬化進展度およびそれに及ぼす因子を明らかにする方法として、国際共同研究の手法を用いたフィールド調査を実施している。中年期の男性の潜在性動脈硬化進展度を明らかにするため、本邦在住の日本人および米国在住の日系米人に同一内容の動脈硬化進展度精密検査および関連すると思われる因子を調査している。本調査は平成 21 年度にも継続して行われる予定である。

A. 研究目的

心筋梗塞や狭心症をはじめとした動脈硬化性疾患は ADL や生活の質に直接的に関連する疾患であり、既に世界有数の長寿国であり高齢社会である本邦においては、これらの疾患が中年期から壮年期にかけて発症するのを予防することが重要である。

本邦の潜在性動脈硬化進展度を明らかにする方法として、国内の現状を明らかにする以外に、それを国外の他の集団と比較することにより、本邦に特異的な特徴を明らかにする方法が有効である。特に、本邦に在住する日本人と米国に在住する日系人とを比較すれば、遺伝要因を排除した環境因子の影響を検討することが可能になる。

そこで、動脈硬化性疾患の発症が増加する以前の中年層の男性を対象として、日本人と米国ハワイ在住の日系米人の潜在性動脈硬化進展度を比較することとした。尚、比較集

団として、米国在住の白人男性の同様の調査とも比較する予定である。

B. 研究方法

調査内容は、国際共同研究として標準化された方法による身体計測・血圧測定・血液検査（遺伝子解析を含む）・CT 検査（冠動脈石灰化および腹部脂肪分布）・頸部エコー検査（頸動脈内膜中膜肥厚）・歩数計による運動量調査・詳細な日常生活および既往歴・家族歴に関する問診である。尚、本調査の問診票を資料として掲載する。

C. 本年度の進捗状況

中年層を対象とした潜在性動脈硬化進展度調査は、本申請課題受理決定直後より調査実施の準備を進め、米国の共同研究機関であるハワイ大学・環太平洋健康研究所・ピッツバーグ大学との調整を行った。

調査内容は、国際共同研究として標準化された方法による身体計測・血圧測定・血液検査（遺伝子解析を含む）・CT 検査（冠動脈石灰化および腹部脂肪分布）・頸部エコー検査（頸動脈内膜中膜肥厚）・歩数計による運動量調査・詳細な日常生活および既往歴・家族歴に関する問診である。

平成 20 年 11 月より調査を開始した。調査対象は滋賀県草津市在住の一般男性住民のうち、約 7 年前に動脈硬化進展度の疫学調査に協力した 330 名とし、本年度は米国の共同研究者との協議により、対象者のうち 100 名に参加を呼びかけることとし、79 名（応諾率 79.0%）の参加を得ている。

D. 考察

本研究課題のうち、実際に現状を明らかにするための調査を伴う内容の研究である。国際共同研究を企画・実施するためには、ただ単に方法論や研究費があるだけでは遂行するのは困難である。本研究課題も、これまでの他の共同研究によって構築された海外共同研究者との磐石な信頼関係や過去の共同研究実績に支えられて順調に進行している状況である。

尚、潜在性動脈硬化進展度のフィールド調査については、平成 21 年度中に全対象者の調査を終了する予定である。実際に学術的な成果が挙がるのは来年度あるいはそれ以降になると思われるが、今般の共同研究の遂行は学術的にも今後の予防施策の策定のためにも貴重な情報をもたらすものと期待される。

担当研究報告 3. に関連する資料

資料 10. 日本人中年男性を対象とした潜在性動脈硬化進展度調査の問診票

10. タバコをやめた理由は何ですか（最も近いものを1つ選んで下さい）
- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. 病気や体調不良のため | 2. 医師や保健婦などのすすめ |
| 3. タバコは体に悪いから | 4. 吸いたくなくなったから |
| 5. 経済的な理由 | 6. その他（記入欄： _____) |
| 7. わからない | |

★以下はすべての人にお尋ねします。

11. 同居者で喫煙者はいますか。
- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 一人暮らしで同居者はいない | 2. 同居者にはタバコを吸う人がいる |
| 3. 同居者にはタバコを吸う人がいない | |
12. 仕事をしている方のみお答え下さい。
- 現在の職場で他人のタバコの煙を吸う機会がありますか。
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 完全禁煙である | 2. 分煙されておりタバコの煙を吸う機会は少ない |
| 3. 分煙されているがタバコの煙を吸う機会は多い | |
| 4. 他人のタバコの煙を吸う機会が多い | |

★すべての人にお尋ねします。

13. あなたはお酒を飲みますか。（いずれかを選んで○をつけて下さい）
- | | |
|--------|--------------------|
| 1. はい | （はいの場合 → 質問14～17へ） |
| 2. いいえ | （いいえの場合 → 質問18へ） |

★お酒を飲む人への質問

14. 週何回お酒を飲みますか（週1回未満の方は1カ月の回数）

1週間に____日（週1回未満の場合、1ヶ月に____日）

15. 何歳の時から習慣的に飲酒し始めるようになりましたか _____歳

16. 1日に飲む最も平均的な組み合わせとその量を思い浮かべ、飲むものには（ ）内に量を記入し、ビールについては瓶の大きさに○をつけて下さい。飲まないものには“飲まない”に○をつけて下さい。

1回に飲む平均的な組み合わせとその量を記入してください。

ビール* {1.大瓶(633ml) 2.中瓶(500ml) 3.小瓶(350ml)} ()本飲む・飲まない

と 日本酒 ()合飲む・飲まない

と 焼酎 ()合飲む・飲まない

と ウイスキー シングル(35ml)を ()杯飲む・飲まない

と ワイン ワイングラス(110ml)を ()杯飲む・飲まない

と その他（酒種名記入(例.梅酒)：) ()杯飲む・飲まない

*中ジョッキ・ロング缶は中瓶と同量、ショート缶は小瓶と同量、コップ1杯は小瓶1/2と同量

→ 質問17へ

17. 過去数年間で通常の飲酒量に変化はありましたか。

1. 飲酒量が多くなった
2. 健康上の理由から飲酒量が少なくなった
3. 飲酒量が少なくなった、しかし健康上の理由ではない
4. 変化なし

→ 質問22へ

★お酒を飲まない人への質問

18. 過去に習慣的にお酒を飲んだことがありますか。

1. はい (はいの場合 → 質問19～21へ)
2. いいえ (いいえの場合 → 質問22へ)

★かつて習慣的にお酒を飲んだことがある人への質問

19. 飲酒をやめてからどのくらい経ちますか。
1. 1年以内 2. 1～2年 3. 2年以上
20. 飲酒をやめたのは健康上の理由からですか。
1. はい 2. いいえ
21. 医師（または保健師）の指示で飲酒をやめたのですか。
1. はい 2. いいえ

★これ以降は最後の質問まですべての人にお尋ねします。あてはまるものに○をつけてください。

22. 今までに以下の病気を医者や保健師等に指摘されたことがありますか。
(それぞれ○をつけて下さい)
- 1) 高血圧
1. 言われたことがない 2. 言われたことはあるが特に何もしていない
3. 経過観察中（非服薬） 4. 服薬を勧められたが飲んだことはない
5. 以前は治療していた 6. 現在薬物治療中
- 2) 高脂血症
1. 言われたことがない 2. 言われたことはあるが特に何もしていない
3. 経過観察中（非服薬） 4. 服薬を勧められたが飲んだことはない
5. 以前は治療していた 6. 現在薬物治療中
- 3) 糖尿病
1. 言われたことがない 2. 言われたことはあるが特に何もしていない
3. 経過観察中（非服薬） 4. 服薬を勧められたが飲んだことはない
5. 以前は治療していた 6. 現在薬物治療中 7. インスリン治療中

23. 今までに以下の病気と言われたことがありますか？

(それぞれ○をつけて下さい)

- | | | | |
|------------------|-------|-------|----------|
| 1) 心筋梗塞 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 2) 狭心症 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 3) 脳卒中 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 4) 肝臓病 (肝炎、肝硬変等) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 5) 悪性腫瘍 (がん) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 6) 腎臓病・腎不全 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 7) パーキンソン症候群 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |

→脳卒中で「ある」とお答えの方のみお答え下さい。

脳卒中のうちどのような種類であったか以下から選んで○をつけて下さい。

- | | | | |
|----------|--------|--------------|-----------|
| 1. 脳出血 | 2. 脳梗塞 | 3. 脳血栓症 | 4. くも膜下出血 |
| 5. その他 (|) | 6. わからない・忘れた | 7. 聞いていない |

24. あなたの父親が、以下の病気にかかったことがあるかどうかそれぞれあてはまるものに○をつけて下さい (ご存知の範囲内で結構です)

- | | | | |
|------------------|-------|-------|----------|
| 1) 高血圧 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 2) 高脂血症 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 3) 糖尿病 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 4) 心筋梗塞 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 5) 狭心症 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 6) 脳卒中 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 7) 肝臓病 (肝炎、肝硬変等) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 8) 悪性腫瘍 (がん) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 9) 腎臓病・腎不全 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |

25. あなたの母親が、以下の病気にかかったことがあるかどうかそれぞれあてはまるものに○をつけて下さい (ご存知の範囲内で結構です)

- | | | | |
|------------------|-------|-------|----------|
| 1) 高血圧 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 2) 高脂血症 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 3) 糖尿病 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 4) 心筋梗塞 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 5) 狭心症 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 6) 脳卒中 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 7) 肝臓病 (肝炎、肝硬変等) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 8) 悪性腫瘍 (がん) | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |
| 9) 腎臓病・腎不全 | 1. ない | 2. ある | 3. わからない |

26. あなたは週1回以上定期的にビタミン剤や栄養補助食品、ドリンク剤を飲みますか 1. 定期的に飲む 2. 不定期に飲む 3. 飲まない
27. あなたは現在治療中または未治療の虫歯または歯周病(歯槽膿漏)がありますか 1. はい 2. いいえ
28. あなたは現在、水虫がありますか 1. はい 2. いいえ
29. 現在、風邪を引いている、もしくは最近2週間以内に風邪をひきましたか 1. はい 2. いいえ
30. 現在けがをしている、もしくは最近2週間以内にケガをしましたか 1. はい 2. いいえ
31. 今までで一番体重が重かった時の体重はどのくらいでしたか _____ kg
32. 20歳頃の体重はどのくらいでしたか _____ kg
33. 今までで一番体重が重かった時は何歳の頃でしたか _____ 歳
34. 今までで一番ウエスト周囲(腹まわり)が大きかった時は何歳の頃でしたか _____ 歳
35. またその時のウエスト周囲はどのくらいでしたか _____ cm
36. あなたが最後に卒業された学校を以下の中から選んで下さい (中退の場合はその前の卒業した学校を選んで下さい) 例. 大学中退→高校卒業 1. 中学 2. 高校 3. 専門学校 4. 短期大学 5. 大学 6. 大学院 7. その他 ()
37. あなたの職業を以下の中から選んで下さい 1. 農林水産業 2. 自営業(農林水産業を除く) 3. 会社員・公務員 4. 家事等 5. 無職 6. その他(記入欄:)
38. 仕事をしている方のみお答え下さい 現在従事している仕事の労働強度はどのくらいですか 1. とても強い、多くの身体活動を含む 2. 中程度の身体活動 3. 軽い身体活動 4. 座って行う仕事
39. 仕事をしている方のみお答え下さい 仕事中(昼休み、休憩時間を除く)、座っている時間はどのくらいですか 1. ほとんど座っている 2. 立ったり座ったりしている 3. ほとんど座らない 4. 1日1時間以上*重労働をしている *重労働とは、重たい物を持ち上げたり運んだりする肉体的重労働を指す
40. 仕事をしている方のみお答え下さい 夜勤や当直勤務がありますか 1. 月4回以上ある 2. 月1~3回ある 3. ほとんど または 全くない

<p>41. 全ての方にうかがいます 余暇にはどの程度身体活動をしますか 1. よくする 2. 時々する 3. 少しまたは全くしない</p>
<p>42. あなたは現在3ヶ月以上にわたって1日につき10分以上の運動を定期的に (週1日以上で、かつ1週間の合計が1時間以上) 行っていますか 1. 定期的におこなっている (週に 日) 2. 特におこなっていない</p>
<p>43. 現在の食事の様子についてお聞きします</p> <p>1) 魚貝類 (鮮魚・塩魚・干物・たこ・いか・えび・かに・貝など) をどのくらい食べますか 当てはまる番号を○で囲んでください</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p> <p>2) 揚げ物をどのくらい食べますか</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p> <p>3) フライドポテトをどのくらい食べますか</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p> <p>4) 豆腐製品以外の豆類・豆製品をどのくらい食べますか</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p> <p>5) ファーストフード (ハンバーガーショップ等) をどのくらい利用されますか</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p> <p>6) コンビニエンスストア、スーパーなどで販売されているできあいの (待たなくても買える) お弁当をどのくらい食べますか</p> <p>1. 毎日3回以上食べる 2. 毎日2回食べる 3. 毎日1回食べる 4. 週4~5回食べる 5. 週2~3回食べる 6. 週1回くらい食べる 7. 月に数回食べる 8. 年に数回食べる 9. ほとんど食べない</p>

44. 20歳代の頃の食事の様子についてお聞きします

1) 20歳代の頃、肉をどのくらい食べていましたか

- | | | |
|----------------|---------------|----------------|
| 1. 毎日3回以上食べていた | 2. 毎日2回食べていた | 3. 毎日1回食べていた |
| 4. 週4～5回食べていた | 5. 週2～3回食べていた | 6. 週1回くらい食べていた |
| 7. 月に数回食べていた | 8. 年に数回食べていた | 9. ほとんど食べなかった |

2) 20歳代の頃、魚をどのくらい食べていましたか

- | | | |
|----------------|---------------|----------------|
| 1. 毎日3回以上食べていた | 2. 毎日2回食べていた | 3. 毎日1回食べていた |
| 4. 週4～5回食べていた | 5. 週2～3回食べていた | 6. 週1回くらい食べていた |
| 7. 月に数回食べていた | 8. 年に数回食べていた | 9. ほとんど食べなかった |

3) 20歳代の頃、フライドポテトをどのくらい食べていましたか

- | | | |
|----------------|---------------|----------------|
| 1. 毎日3回以上食べていた | 2. 毎日2回食べていた | 3. 毎日1回食べていた |
| 4. 週4～5回食べていた | 5. 週2～3回食べていた | 6. 週1回くらい食べていた |
| 7. 月に数回食べていた | 8. 年に数回食べていた | 9. ほとんど食べなかった |

45. 現在、あなたが1週間に食べる主食の頻度を教えてください

	朝	昼	夕
ごはん	/週	/週	/週
パン	/週	/週	/週
麺類	/週	/週	/週

46. 食事に関する項目について、摂取する頻度の欄に○をつけて下さい

	[いずれかに○をつける]
--	--------------

参加者 ID _____

食品名	食べない	年に数回食べる	月に数回食べる	週1回くらい食べる	週2〜3回食べる	週4〜5回食べる	毎日1回食べる	毎日2回食べる	毎日3回以上食べる
魚介類	1. 鮮魚(青身・赤身・白身)								
	2. 塩魚・干物(塩鮭、塩サバ、アジの開き)								
	3. いか・たこ・えび・かに・貝								
肉類	4. 牛・豚肉(レバー、もつを含む)								
	5. 鶏肉(レバー、もつを含む)								
	6. ハム、ウィンナー、ベーコン などの加工品								
大豆製品	7. 豆腐、凍豆腐、厚揚げ、がんもどき								
	8. 油揚げ								
	9. 納豆、大豆煮豆、枝豆								
	10. 豆乳								
鶏卵	11. 鶏卵								
野菜	12. 野菜 朝								
	13. 昼								
	14. 夕								
果物	15. 果物								
牛乳	16. 高脂肪・普通牛乳								
	17. 低脂肪牛乳								
乳製品	18. ヨーグルト								
	19. チーズ								
	20. アイスcream								

[いずれかに○をつける]

食品名		食べない	年に数回食べる	月に数回食べる	週1回くらい食べる	週2〜3回食べる	週4〜5回食べる	毎日1回食べる	毎日2回食べる	毎日3回以上食べる
海藻	21. 海藻 (わかめ・こんぶ・もずく・めかぶ・ひじきなど)									
	22. 海苔 (焼き海苔・味付け海苔など)									

47. 続いて飲み物に関する項目についての調査です、摂取する頻度に○をつけて下さい。

飲料品名	飲まない(週1杯未満)	週1〜2杯飲む	週3〜4杯飲む	週5〜6杯飲む	毎日1杯飲む	毎日2〜3杯飲む	毎日4〜6杯飲む	毎日7〜9杯飲む	毎日10杯以上飲む
嗜好飲料	23. 緑茶・玄米茶								
	24. ウーロン茶								
	25. 麦茶・ほうじ茶・番茶								
	26. 紅茶								
	27. コーヒー								

48. 紅茶やコーヒーを週1〜2回以上飲むとお答えになられた方に質問です。

紅茶やコーヒーを飲むときに、砂糖やミルクを入れますか。

		入れない	スプーン半分	スプーン1杯	スプーン2杯	スプーン3杯以上
紅茶	28. 砂糖					
	29. ミルク					
コーヒー	30. 砂糖					
	31. ミルク					

49. 過去1ヶ月において、あなたの睡眠についてうかがいます。

1) 通常何時ごろ寢床につきましたか。 (24時間でお答えください、例 22:30)

平日 () 分

休日 () 分

2) 通常何時ごろ起床しましたか。 (24時間でお答えください、例 22:30)

平日 () 分

休日 () 分

3) 通常寢床についてから眠るまでにどれぐらい時間がかかりましたか。

約 () 分

4) 通常夜の睡眠時間 (実際眠っている時間) はどのぐらいでしたか。

平日 () 時間 () 分

休日 () 時間 () 分

5) 通常昼寝しますか。

0. しない

1. する 1日平均 () 分

6) 夜の睡眠は規則的だと思いますか

0. 全く思わない

1. ある程度思う

2. そう思う

7) 大きないびきをかかると言われる。

0. ない

1. ある

8) 睡眠中に呼吸が止まると言われる。

0. ない

1. ある

9) 安静時、手足、身体にムズムズ感、熱感、虫が這うような感覚がある。

0. ない

1. ある

→以下の3問は質問9. で「ある」と答えた人にうかがいます。)

a. この不快感のためにその部位を動かしたくなる

0. ない

1. ある

b. 運動によって不快な感覚が改善する

0. ない

1. ある

c. 症状が日中から有ったとしても夜間に増悪する。

0. ない

1. ある

50. 過去1ヶ月において、以下のようなことがどのぐらいの頻度でありましたか。

	ない	週に 1日 未満	週に 1～ 2日	週に 3日 以上
1. 昼間に耐え難い眠気に襲われる。	0	1	2	3
2. なかなかねつけない。	0	1	2	3
3. 夜間に何度も目が覚めてしまう、または目が覚めたら、 なかなか寝つけない。	0	1	2	3
4. 朝早く目が覚めてしまう。	0	1	2	3
5. 朝起きても、熟睡感がない。	0	1	2	3
6. 睡眠中に息苦しくて目が覚める。	0	1	2	3
7. 朝目覚めたとき、頭痛がする。	0	1	2	3
8. 朝目覚めたとき、のどが渇く。	0	1	2	3
9. 寝相が悪い。	0	1	2	3
10. 寝汗をかく。	0	1	2	3
11. 寝ついてから朝までに2回以上トイレに行きます。	0	1	2	3
12. 睡眠時間が不足と感じる。	0	1	2	3
13. 睡眠による休養が十分とれている。	0	1	2	3
14. 倦怠感を感じる。	0	1	2	3
15. 交代勤務	0	1	2	3
16. 睡眠薬、安定剤の服用	0	1	2	3

51. 以下の状況でうとうとしたり、眠ってしまうことがありますか。最近1ヶ月の日常生活のことを思い出して記入してください。質問の中には、最近行っておられないこともあるかもしれませんが、もしその状況にあったらどうかを考えてみてください。以下の各場合について、0から3のうち最も当てはまる番号に1つ○をつけてください。

	居眠りをする ことは			
	決して ない	たまに ある	ときど きある	いつ もある
1. 座って読書しているとき	0	1	2	3
2. テレビを見ているとき	0	1	2	3
3. 人の大勢いる場所（会議や映画館など）でじっと座っているとき	0	1	2	3
4. 他の人が運転する車に乗せてもらって、1時間ぐらい休憩なしでずっと乗っているとき	0	1	2	3
5. 午後横になって休んでいるとき	0	1	2	3
6. 座って人とおしゃべりしているとき	0	1	2	3
7. 昼食後（お酒を飲まずに）静かに座っているとき	0	1	2	3
8. 自分が車を運転していて、数分信号待ちをしているとき	0	1	2	3

52. 過去1ヶ月において、十分な睡眠を得るために次のようなことを行いましたか。当てはまるものすべて番号に○をつけてください。

	ない	ある
1. 睡眠薬などの薬を使用した	0	1
2. アルコール（寝酒）を飲んだりした	0	1
3. 軽く食べたり飲んだりした	0	1
4. 軽い運動（ストレッチ）をした	0	1
5. 入浴した	0	1
6. 本を読んだり音楽を聴いたりした	0	1
7. 規則正しい生活をこころがけた	0	1
8. その他	0	1

53. 過去1週間の体調について質問します。質問ごとにご自分の状態についてもっともよく当てはまる答えを1つだけ選び、1～7の数字に○をつけてください。

過去1週間のうち	全然困らなかった	あまり困らなかった	少し困った	中くらいに困った	かなり困った	大変困った	我慢できないくらい困った
1. 胃が痛くて困ったことがありましたか (胃の痛みには、胃のあらゆる種類の痛みが含まれています)	1	2	3	4	5	6	7
2. 胸やけがして困ったことはありましたか (胸やけとは、ちくちくするようなあるいは焼け付くような胸部の不快感をさします)	1	2	3	4	5	6	7
3. 胃酸の逆流のために困ったことはありましたか (胃酸の逆流とは、少量の胃酸が胃からのど上がってくる感じをさします)	1	2	3	4	5	6	7
4. 空腹時に胃が痛くて困ったことはありましたか (この場合の空腹感とは、間食したいというような気持ちを起こさせる感じをさします)	1	2	3	4	5	6	7
5. 吐き気がして困ったことはありましたか (吐き気とは、場合によってはゲーゲーしたり、実際に吐いてしまうほどの胸の気持ちの悪さをさします)	1	2	3	4	5	6	7
6. おなかが鳴って困ったことはありましたか (おなかが鳴るとは、胃がごろごろと動いたり音を立てることをいいます)	1	2	3	4	5	6	7
7. 胃の膨満感のために困ったことはありましたか (胃の膨満感とは、胃にガスがたまってはっている感じをさします)	1	2	3	4	5	6	7
8. げっぷがして困ったことはありましたか (げっぷとは、口から胃のガスが出ることをさします)	1	2	3	4	5	6	7
9. おならが出て困ったことはありましたか (おならとは、お尻から腸の空気やガスが出ることをさします)	1	2	3	4	5	6	7

	全然困らなかった	あまり困らなかった	少し困った	中くらいに困った	かなり困った	大変困った	我慢できないくらい困った
過去1週間のうち							
10. 便秘で困ったことはありましたか (便秘とは、便を出し切れない状態をさします)	1	2	3	4	5	6	7
11. 下痢で困ったことはありましたか (下痢とは、便通の回数が多すぎることをさします)	1	2	3	4	5	6	7
12. 軟らかい便で困ったことはありましたか (もし硬い便と軟らかい便が交互にあるような場合、軟らかい便で困った程度についてだけ教えてください)	1	2	3	4	5	6	7
13. 硬い便で困ったことはありましたか (もし硬い便と軟らかい便が交互にあるような場合、硬い便で困った程度についてだけ教えてください)	1	2	3	4	5	6	7
14. 急な便意がして困ったことはありましたか (急な便意とは、しばしば便が出るのを我慢できないような場合をさします)	1	2	3	4	5	6	7
15. トイレに行ったとき完全に便が出しきれていないという感じがして困ったことはありましたか (完全に便が出しきれていない感じとは、便を出そうと努力したにもかかわらず、排便をしたいという感じがまだ残っていることをさします)	1	2	3	4	5	6	7

54. この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。
下の20の文章を読んで、当てはまるもの一つを○でかこんで下さい。

過去1週間のうち

	この1週間のうちで			
	全くそういう日はない	1～2日、そういう日がある	3～4日、そういう日がある	5日以上、そういう日がある
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2. 食べたくない、食欲が落ちた。	A	B	C	D
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	B	C	D
4. 他の人と同じ程度には、能力あると思う。	A	B	C	D
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D
6. ゆううつだ。	A	B	C	D
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
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	B	C	D
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D
12. 生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D
13. 普段より口数が少ない、口が重い。	A	B	C	D
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D
20. 仕事（学業）が手につかない。	A	B	C	D

55. もっとも当てはまる項目に○をつけてください。

55.1 現在の婚姻状態

1. 既婚（パートナーを含む） 2. 独身（未婚・離婚・死別など）

55.2 同居者はいますか

1. いる（家族・その他の同居者を含む） 2. 単身（ひとりぐらし）

56. 女性の方だけにお伺いします。もっとも当てはまる項目に○をつけてください。

56.1 現在 月経（生理）はありますか

- 1 ある 2 ない

56.2 56.1で月経があると答えられた方にお尋ねします。月経は順調ですか？

- 1 はい 2 いいえ

56.3 56.1で月経がないとお答えになられた方にお尋ねします。閉経は何歳ごろでしたか

_____ 歳

以上で質問は終わりです。最後にもう一度正しく記入できているかご確認下さい。
ご記入ありがとうございました。

IV 研究成果に関する書籍刊行、雑誌掲載等一覧

〔書籍〕

著者氏名	論文表題	書籍名	出版社	頁	出版年
上島 弘嗣 編著		NIPPON DATA からみた 循環器疾患 のエビデンス	日本医事 新報社		2008年

〔雑誌〕

発表者氏名	論文タイトル	雑誌名	発行元	巻号・頁	出版年
Abbott RD, Ueshima H, Hozawa A, Okamura T, Kadowaki T, Miura K, Okuda N, Nakamura Y, Okayama A, Kita Y, Rodriguez BL, Yano K, Curb JD.	Risk factor effects and total mortality in older Japanese men in Japan and Hawaii.	Ann Epide miol	Elsevier	(12):913-8	2008