

74/75

Ifylles ej

1

2

3

4 5 6 7

8

9

Svarsdatum / 19

Var vänlig stryk över och skriv till rätt adress ovan och telefonnummer nedan, om något är felaktigt!

Telefon:

HÄLSOUNDERSÖKNING

AV KVINNOR I GÖTEBORG

ALLMÄNT FRÅGEFORMULÄR

10 Sjukskrivning senaste året

Har Ni varit sjukanmäld (under så kort tid att Ni inte behövt ha sjukintyg från läkare) under senaste året?

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har Ni varit sjukskriven av läkare senaste året?

Om svaret är "Ja", ange på ett ungefär, hur många dagar Ni varit sjukskriven senaste året:

..... dagar

Erhåller Ni förtidspension? Ja Nej

11 9. Erhåller Ni ålderspension? Ja Nej

Förvärvsarbete utom hemmet

12 10. Har Ni förvärvsarbete utom hemmet? Ja Nej

13 11. Om så är fallet, ange hur många timmar per vecka Ni arbetar utom hemmet:
..... timmar/vecka

14 12. Vad slags arbete har Ni?

15 = *Social groups*

Ifylles ej 8. 10.

0		0
1		1-7
2		8-14
3		15-30
4		1-3 m
5		3-6 m
6		6-12 m
7		h. året
8		ftp

Antal barn

16 13. Antal graviditeter?

17 14. Antal missfall?

18 15. Antal levande födda barn?

19 16. Därav tvillingpar?

20 17. Antal adoptivbarn?

21 18. Hur många barn är i livet och bor hemma?

22 19. Hur många barn är i livet och har lämnat hemmet?

Ifylles ej

16	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23			
24			
25	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26			

26 = MENOPAUSTYP

Menstruationsförhållanden

23 20. Har regleringarna upphört? Ja Nej

24 21. Om svaret är "Ja", ange, när Ni

25 hade sista regleringen: 24

26 = *Menopaus typ*

År

Månad

Sjukdomar och besvär som drabbat Er sedan föregående undersökning
1968-1969

Har Ni haft någon av nedanstående sjukdomar (eller något av nedanstående besvär) under de senaste sex åren, sedan vi sist träffades?

Sätt i så fall ett X i rutan för "Ja" eller "Nej" i de vänstra kolumnerna (som det står 1-2 över)!

Om svaret är "ja" i de vänstra kolumnerna, var god även fyll i de tre högra kolumnerna, vilket inte behövs, om svaret är "Nej".

	1-2		3-4		5-6					
	Haft besvär?		Sökt läkare för detta?		Varit in-tagen på sjukhus för detta?		Har fort-farande besvär?			
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej		
27 22.	struma eller rubb-ning i ämnesomsätt-ningen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 23.	besvärlig hosta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 24.	lunginflammation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 25.	astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 26.	annan lungsjukdom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 27.	halsinfektion med hög feber ("hals-fluss")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 28.	bihåleinflammation (var i bihålorna)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 29.	öroninflammation med feber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 30.	täta "förkylningar"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31. hjärtsjukdom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 32.	"nervösa" hjärtbesvär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 33.	blodbrist eller annan blodsjukdom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 34.	sugningar eller sveda i maggropen, eller andra mag-sårsbesvär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 35.	magblödning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 36.	gulсот		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1-2		3-4		5-6			
	Haft besvär?		Sökt läkare för detta?		Varit in-tagen på sjukhus för detta?		Har fort-farande besvär?	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
42 37. gallbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 38. "trög mage"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 39. "lös mage"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. andra besvär från buken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 41. hemorrhoider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. blåskatarrbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 43. njurstensbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 44. andra njurbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 45. blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 46. ledbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 47. ryggbesvär eller ischiasbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 48. migränhuvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 49. annan huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. sömnbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 51. psykiska ("ner-vösa") besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. underlivsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 53. hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 54. blodpropp i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 55. åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 56. olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga upplysningar:

.....

.....

.....

Mediciner.

Använder ni:

	1	2	3	
	Aldrig eller nästan aldrig	Någon eller några gånger i månaden	Någon eller några gånger i veckan	Nästan dagligen eller dagligen

- | | | | | | | | |
|----|-----|--|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 62 | 57. | magnecyltabletter (Albyl, Bamyli, Dispril eller dylikt)? | 57 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63 | 58. | Tanderil, Butazolidin eller Indomee? | 58 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64 | 59. | andra smärtstillande tabletter? | 59 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65 | 60. | cortisontabletter? | 60 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66 | 61. | "lugnande" tabletter? | 61 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67 | 62. | mediciner mot nedstämdhet | 62 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68 | 63. | sömntabletter? | 63 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69 | 64. | migrän-tabletter? | 64 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70 | 65. | digitalis (Digoxin, Digitoxin, Lanoxin, Lanacrist, Cedilanid, Acylanid eller motsvarande)? | 65 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71 | 66. | mediciner mot bensvullnad? | 66 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72 | 67. | blodtrycksmediciner? | 67 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73 | 68. | tabletter eller flytande medicin mot "sur mage"? | 68 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74 | 69. | avföringsmedel? | 69 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75 | 70. | vitamin-tabletter (eller vitaminer i flytande form)? | 70 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76 | 71. | järntabletter (eller järnmedicin i flytande form)? | 71 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77 | 72. | medicin mot övergångsbesvär? ✓ | 72 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78 | 73. | P-piller | 73 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79 | 74. | andra mediciner? | 74 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Försök skriva en fullständig lista på de mediciner ni tar och skriv då också, hur ofta ni tar dem!

.....

.....

.....

.....

.....

Viktförhållanden.

81 76. Hur mycket vägde ni, när ni föddes?

Jag vägde kg

Vet ej

82 77. Har ni försökt banta sedan vi sist träffades för 6 år sedan?

Ja Nej

83 78. Bantar ni för närvarande?

84 79. Har ni ändrat vikt de senaste 4 månaderna?

Ja, jag har ökat kg de senaste 4 mån.

Ja, jag har minskat ... kg de senaste 4 mån.

Nej, vikten har inte ändrats de senaste 4 mån.

Ifylles ej

,

85 80. Kryssa i det som ni tycker stämmer in bäst på er själv:

- 1. Under skolan var tjockare än de flesta av mina kamrater
- 2. Under skolan var jag magrare än de flesta av mina kamrater
- 3. Under skolan var jag ordinär, varken särskilt tjock eller särskilt mager

Om det varit vid någon speciell ålder som vikten stigit, var god ange ålder för sådan plötslig ökning av vikten!

86 81. Jag har inte haft någon plötslig viktuppgång

87 82. Min vikt steg plötsligt på rätt kort tid när jag var år gammal.

Ifylles ej

82

118 113! Är det någon speciell doktor ni brukar vända er till, om ni har behov av att söka läkare?

Ja Nej
113

Ange i så fall läkarens namn samt om möjligt adressen till mottagningen eller namnet på det sjukhus, där läkare tjänstgör!

.....
Läkarens namn Mottagningsadress eller sjukhus

119 114. Ni kommer själv att få ett meddelande från oss angående resultaten av den nu kommande undersökningen. Vill ni dessutom att vi skall sända ett meddelande till ovanstående läkare?

Ja Nej

1974/75

ANTROPOMETRI OCH HEMATOLOGISKT FRÅGEFORMULÄR

183. Undersökare:

198 {

1	C.B.
2	J.L.
3	O.L.
4	H.N.
5	annan undersökare

199 184 Vikt

--	--	--	--	--

200 185 Längd

--	--	--	--	--

201 186 Scinfold hö överarm

--	--	--	--	--

202 187 subscap.

--	--	--	--	--

203 188 Omkrets hö överarm

--	--	--	--	--

204 189 midja

--	--	--	--	--

205 190 "stuss"

--	--	--	--	--

206 191 Peak flow

--	--	--	--	--

HEMATOLOGISKT FRÅGEFORMULÄR

A = allmänna frågor

			Ja	Nej
207 A	192. Hur många timmar brukar Ni sova per dygn?	192	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
208 A	193. Räcker det?	193	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
209 A	194. Hur många ytterligare timmar skulle Ni vilja sova?	194	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210 A	195. Tycker Ni att Ni måste sova onormalt mycket för att orka med det dagliga arbetet?	195	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211 A	196. Besväras Ni av mardrömmar?	196	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
212 A	197. Har Ni varit tröttare än vanligt under någon månads-lång period under det senaste halvåret?	197	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213 A	198. Var Ni i så fall förkyld eller på annat sätt sjuk under den tiden?	198	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
214 A	199. Vilken sjukdom rörde det sig om?	199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215 A	200. Har Ni under den senaste månaden varit förkyld med snuva, hosta, ont i halsen, feber och allmänbesvär? När?.....	200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
216 A	201. Har Ni under den senaste månaden varit infekterad på annat vis?	201	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
217 A	202. Vilken infektion? När?	202	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
218 A	203. Har Ni bekymmer med vikten?	203	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
219 A	204. Behöver Ni hålla i zen på maten för att inte gå upp i vikt?	204	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220 A	205. Behöver Ni göda Er för att hålla vikten konstant?	205	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
221 A	206. Hur många kg har Ni ökat eller minskat i vikt de senaste 4 månaderna?	206	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
222 A	207. Om Ni bantat någon gång, varför har Ni i så fall gjort det?			

- 1 Av rädsla för att övervikt ger sjukdom
- 2 För utseendets skull
- 3 För att komma i kläderna
- 4 Andra skäl

I så fall vilka?

223 A	208. Har Ni tagit järnmedicin någon gång?	208	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
224 A	209. Har det endast varit i samband med att Ni väntat barn?	209	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
225 A	210. När var det senast?	210	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		-3-		
		Ja	Nej	
226	211. Har Ni av läkare eller sjuksköterska någon gång fått besked om att Ni haft blodbrist?	211	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
227	212. När var det senast?	212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	213. Har Ni tagit järn i form av:	213		
228	1. Tabletter	1	<input type="checkbox"/>	
229	2. Flytande	2	<input type="checkbox"/>	
230	3. Sprutor i armvecket År	3	<input type="checkbox"/>	
231	4. Sprutor i "skinkan" År	4	<input type="checkbox"/>	
232	5. Blodöverföring År	5	<input type="checkbox"/>	
233	214. Har Ni varit blodgivare någon gång?	214	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
234	215. När var det senast?	215	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	216. Händer det någon gång att Ni har sura uppstötningar eller halsbränna, dvs tror Ni att Ni har någon "magsyra"? (Om Ni någon gång skulle kräkas eller få en uppstötning, känns det då surt i munnen?)	216	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
236	217. Har Ni någon gång blött från mage, tarm, stolgång eller hemorrhoider eller haft svart avföring utan att samtidigt ha tagit järn?	217	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
237	218. Använder eller har Ni använt P-piller?	218	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
238	219. När?	219	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
239	220. Besväras Ni dagligen eller nästan dagligen av tyngdkänsla eller värk i huvudet?	220	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
240	221. Känner Ni Er sjuk?	221	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
241	222. Vad anser Ni själv att det beror på?	222	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
242	223. Är Ni i bästa tänkbara form för närvarande?	223	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
243	224. På vilket sätt är Ni ur form?	224	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
244	225. Händer det att Ni periodvis känner Er onormalt sömning på eftermiddagen eller kvällen trots att Ni sovit som vanligt?	225	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
245	226. När senast? 1=1 v.s. 2=1 mån.s. 3=> 1 m.s. 4= 1 år.s. 5=>1 år s.	226	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
246	227. Brukar Ni besväras av att det kryper eller sticker i armar eller ben när Ni sitter stilla på kvällen eller när Ni gått till sängs?	227	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
247	228. Försvinner dessa besvär när Ni går upp och rör på benen?	228	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
248	229. När hade Ni sådana besvär senast? 1=1 v.s. 2=1 mån.s. 3=>1 mån.s. 4= 1 år s. 5=>1 år s.	229	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nej

249 230. En tämligen vanlig företeelse bland kvinnor är ett oförklarligt begär efter något speciellt födoämne som t.ex. okokta havregryn eller makaroner, torrt mjöl, socker, mandel eller nötter eller andra mera egendomliga saker som krita eller murbruk.

230

Har Ni under någon period av Ert liv haft ett sådant begär?

250 231. Vilket eller vilka ämnen har det rört sig om?

231

251 232. När senast?
1 = 1 v.sedan 2= 1 mån.sedan 3=> 1 mån.s. 4=>1 år s.

232

252 233. Har Ni endast haft dessa besvär när Ni väntat barn?

233

253 234. En del kvinnor upplever på motsvarande sätt att det vattnas i munnen, då de ser en våt, ny-uppgrävd jord eller lera eller att de får lust att smaka på jorden i en blomkruka.

Har Ni upplevt detta ?

234

254 235. När? 235
1=1 v.sedan 2=1 mån.s. 3=>1 mån.s. 4= 1 år s. 5=>1år s.

255 236. Vilket passar bäst in på Er:

236

- 1. Jag är trött någon gång på dagen och ibland på kvällen
- 2. Jag är alltid trött när jag går upp på morgonen
- 3. Ingetdera alternativ passar in på Er

1
2
3

Fritidsaktivitet.

256 237. Timmar sömn per dygn

237 ,

257 238. Timmar liggande ej sovande per dygn

238 ,

258 239. Timmar sittande efter arbetets slut per dygn

239 ,

259 { 240. Regelbunden motion tim/v

240 ,

241. Regelbunden motion tim/v

241 ,

Komplettering hematologiskt frågeformulär.

260 1. Tycker Ni själv, att Ni är överviktig:

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nej

261 2. I så fall, hur mycket mindre skulle Ni vilja väga:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
----------------------	----------------------	----

262 3. Tycker Ni själv, att Ni har kroppsliga besvär av Er övervikt, andfåddhet, ont i knäleder etc?

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nej

263 4. Brukar Ni vara ledsen för att Ni väger för mycket?

1	<input type="checkbox"/>	Aldrig
2	<input type="checkbox"/>	Ibland
3	<input type="checkbox"/>	Ofta

264 5. Har Ni mindervärdeskomplex för Er övervikt?

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nej

265 6. Har Er övervikt gett Er psykiska besvär?

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nej

266 7. Har ni sökt läkare för övervikt?

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nej

1974/75

FYSIKALISK UNDERSÖKNING

121 MENOPAUS TYP

Blodtryck.

Sittande

122 115.

--	--	--

123 116.

--	--	--

124 117.

--	--	--

127 120.

--	--	--

128 121.

--	--

182. Undersökare:

- 120 {
- | | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
- C.B.
 - J.L.
 - O.L.
 - H.N.
 - annan undersökare

Liggande

125 118.

--	--	--

Blodtryck, syst.

Blodtryck, diast. 4

126 119.

--	--	--

Blodtryck, diast. 5

Pulsfrekvens

Rumstemperatur

129 122. Systoliskt biljud

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

130 123. Diastoliskt biljud

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

- 1. finns, med p.m. över apex
- 2. finns, med p.m. över aortaostiet
- 3. finns, med p.m. över pulmonalisostiet
- 4. finns, med p.m. över vänster sternalrand
- 5. finns, med p.m. styrka över apex och aortaostiet
- 6. finns, med p.m. annat ställe

131 124. Patologiska biljud?

- 1 Sannolikt helt benigt, föranleder ingen åtgärd
- 2 Något suspekt, föranleder dock ej utredning primärt
- 3 Suspekt patologiskt, blir föremål för fortsatt utredning
- 4 Suspekt patologiskt, tidigare utrett, enligt patienten benigt
- 5 Suspekt patologiskt, tidigare utrett, bedömt som patologiskt

132 125. Xanthelasmata och arcus corneae.

- 1 Har xanthelasmata
- 2 Har arcus corneae
- 3 Har xanthelasmata och arcus corneae

133 126. Tyreoidea, mammae, lymfkörtlar.

- 1 Tyreoidea
- 2 Mammae
- 3 Lymfkörtlar
- 4 Annat anmärkningsvärt
- 5 Kombination av 1-4

134 127. Auskultationsfynd från lungorna.

- 1 Rassel (Lokalisation:)
- 2 Rhonci
- 3 Andra anmärkningsvärda fynd

135 128. Leder.

- 1 Lätt svullnad av en eller flera fingerleder
- 2 Uttalad svullnad av en eller flera fingerleder
- 3 Svullnad av fingerlederna + svullnad och/eller värmeökning
- 4 Typisk spolformad uppdrivning av fingerlederna
- 5 D:o + ulnardeviation av fingrarna

147 137. Infarkt.

	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Har ni någon gång haft svår smärta tvärs över bröstet som varat en halvtimme eller längre?

2. Har ni haft sådana smärtattacker flera gånger?

Hur många?

Första gången när?

148 138. Claudicatio intermittens.

1	<input type="checkbox"/>	Suspekt anamnes för claudicatio intermittens
2	<input type="checkbox"/>	Säker anamnes för claudicatio intermittens

149 139. Dyspnoe.

	Ja	Nej
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Besväras ni av andfåddhet när ni skyndar er på slät mark eller går uppför en lätt stigning?

2. Blir ni andfådd, när ni går i sällskap på slät mark i vanlig takt

3. Får ni stanna på grund av andfåddhet, när ni går i er egen takt på slät mark?

4. Är ni andfådd, när ni tvättar er eller när ni klär er?

(1 = grad II enl. G Tibblins gradering etc.

150 140. Bensvullnad.

Har ni någon gång haft svullna vrister eller ben?

Får ni det på morgonen, när ni stiger upp, eller frampå eftermiddagen eller kvällen?

1	<input type="checkbox"/>	Har haft det frampå eftermiddagen eller kvällen
2	<input type="checkbox"/>	Har haft det vid uppstigandet på morgonen
3	<input type="checkbox"/>	Har haft det både på morgonen och på kvällen

Om bensvullnad: Första gången:

Senast:

151 141. Nykturi.

Har många gånger får ni som regel gå upp och kasta vatten på nätterna?

152 142. Har ni någon gång sökt läkare för hjärtat eller för blodtrycksförhöjning?

1	<input type="checkbox"/>	Sökt läkare för hjärtat
2	<input type="checkbox"/>	Sökt läkare för blodtrycksförhöjning
3	<input type="checkbox"/>	Sökt läkare för hjärtat och för blodtrycksförhöjning

Namn och adress på läkaren:

När sökte ni läkare sist för detta:

Vad satte läkaren för diagnos:

Luftvägsbesvär:**153** 143. Hosta

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni hosta på detta sätt de flesta dagar under tre månader av året? |

154 144. Upphostningar

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta upp något det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta upp något under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni få upphostningar de flesta dagar under tre månader av året? |

155 145. Obstruktiva symptom

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Väser eller piper det i bröstet någon gång? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Händer det vid förkylningar? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Kan det hända oberoende av förkylning? |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Väser och piper det de flesta dagarna i bröstet? |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. D:o och använder asthma-mediciner men ej cortisonpreparat |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. D:o och använder asthmamediciner inklusive cortisonpreparat |

Rökning**156** 146. Rökvanor beträffande cigaretter

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej de senaste 15 åren |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej senaste året |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Slutat röka under senaste året |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), men drar inte halsbloss |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), och drar halsbloss |

157 147. Rökvanor beträffande cigarrer och pipa

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Röker pipa eller cigarrer men ej cigaretter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (ej halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |

Luftvägsbesvär:**153** 143. Hosta

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni hosta på detta sätt de flesta dagar under tre månader av året? |

154 144. Upphostningar

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta upp något det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta upp något under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni få upphostningar de flesta dagar under tre månader av året? |

155 145. Obstruktiva symptom

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Väser eller piper det i bröstet någon gång? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Händer det vid förkylningar? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Kan det hända oberoende av förkylning? |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Väser och piper det de flesta dagarna i bröstet? |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. D:o och använder asthma-mediciner men ej cortisonpreparat |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. D:o och använder asthmamediciner inklusive cortisonpreparat |

Rökning**156** 146. Rökvanor beträffande cigaretter

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej de senaste 15 åren |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej senaste året |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Slutat röka under senaste året |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), men drar inte halsbloss |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), och drar halsbloss |

157 147. Rökvanor beträffande cigarrer och pipa

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Röker pipa eller cigarrer men ej cigaretter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (ej halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |

Luftvägsbesvär:**153** 143. Hosta

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni hosta på detta sätt de flesta dagar under tre månader av året? |

154 144. Upphostningar

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar ni hosta upp något det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar ni hosta upp något under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni få upphostningar de flesta dagar under tre månader av året? |

155 145. Obstruktiva symptom

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Väser eller piper det i bröstet någon gång? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Händer det vid förkylningar? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Kan det hända oberoende av förkylning? |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Väser och piper det de flesta dagarna i bröstet? |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. D:o och använder asthma-mediciner men ej cortisonpreparat |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. D:o och använder asthmamediciner inklusive cortisonpreparat |

Rökning**156** 146. Rökvanor beträffande cigaretter

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej de senaste 15 åren |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej senaste året |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Slutat röka under senaste året |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), men drar inte halsbloss |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), och drar halsbloss |

157 147. Rökvanor beträffande cigarrer och pipa

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Röker pipa eller cigarrer men ej cigaretter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (ej halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |

158 148.

För hur många år sedan var det som ni började röka?

149.

159

Hur många månader var det sedan ni slutade röka?

150.

160

Hur många cigaretter röker ni per dag?

Hypertoni.

161 151. Hereditet

- 1 Hypertoni i släkten, men ej hos föräldrar eller syskon
- 2 Syskon har hypertoni
- 3 En av föräldrarna har hypertoni
- 4 Syskon och någon av föräldrarna har hypertoni
- 5 Båda föräldrarna har hypertoni
- 6 Båda föräldrarna och något eller flera av syskonen har hypertoni

162 152. Egen hypertonianamnes

- 1 Haft hypertoni i samband med graviditet men ej annars
- 2 Haft hypertoni tidigare men tror sig inte ha det nu
- 3 Vet sig om att ha hypertoni men har inga mediciner
- 4 Har hypertoni, använder thiazider
- 5 Har hypertoni, använder beta-blockerare
- 6 Har hypertoni, använder medicin men ej thiazider eller beta-blockerare
- 7 Har hypertoni, använder thiazider och beta-blockerare
- 8 Har hypertoni, använder thiazider och andra mediciner
- 9 Har hypertoni, använder beta-blockerare och andra mediciner

163

153.

164

- 1 Tar kalium
- 2 D:o, gjort så även i dag

Njursjukdomar.

165 154. Pyelonefritanamnes

- 1 Haft tecken på urinvägsinfektion (sveda vid vattenkastning, täta trängningar, grumlig eller illaluktande urin)
- 2 Läkarkonstaterad (-behandlad) urinvägsinfektion
- 3 Upprepade urinvägsinfektioner Senast:
- 4 Urinvägsinfektion + flanksmärtor och feber
- 5 Läkarkonstaterad (-behandlad) pyelit
- 6 En pyelitattack, upprepade urinvägsinfektioner
- 7 Upprepade pyelitattacker Senast:

166 155. Akut urinvägsinfektionsanamnes

- 1 Har sulfa
- 2 Har furadantin
- 3 Har andra mediciner
- 4 Har symptom men ingen terapi

Diabetes mellitus.

167 156. Hereditet

- 1 Föräldrar
- 2 Syskon
- 3 Barn
- 4 Kombination bland 1 - 3
- 5 Båda föräldrarna
- 6 Vet ej

168 157. Ålder då faderns diabetes debuterade

169 158. Ålder då moderns diabetes debuterade

Debutålder för syskons diabetes

170 159. Symptom etc.

- 1 Symptom suspekta för renal glykosuri
- 2 Anamnes suspekt för graviditets-glykosuri
- 3 Anamnes suspekt för diabetes mellitus (törst, stora urinmängder)
- 4 Diabetes, icke behandlad Sedan:
- 5 Diabetes, dietbehandlad Sedan:
- 6 Diabetes, tablettbehandlad Sedan:
- 7 Diabetes, insulinbehandlad Sedan:

Ad 1: Har det vid något tillfälle visat sig, att ni haft socker i urinen?

Ad 2: Har det vid graviditet varit socker i urinen hos er?

Ad 3: a) Har ni på senare tid känt er onormalt törstig?

b) Har urinmängderna på senaste tiden varit onormalt stora?

171 160. Diverse. Extraslag från hjärtat

Har ni någon gång märkt, att hjärtat slagit oregelbundet eller att det slagit extraslag?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Märkt extraslag eller oregelbundenhet vid sänggående |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Märkt dylikt under dagen |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Märkt dylikt både under dagen och vid sänggåendet |

Leder.

172 161. Arthrosis deformans

Har ni någon gång känt värk eller stelhet i knä- eller höftleder?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Har känt värk eller stelhet i knä- eller höftleder någon gång men aldrig haft några svårare besvär |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Har fått söka eller har allvarligt övervägt att söka läkare för värk från knä- eller höftleder |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Har tidigare fått använda mediciner mot dylika besvär |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Använder mediciner mot dylika besvär |

173 162. Arthrit-besvär

Har ni någon gång haft besvär från fingerlederna?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Under många år känt lätt stelhet i fingerlederna och gör så fortfarande, dock aldrig svårare besvär, ej behövt söka läkare därför |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tidigare haft lätta dylika besvär men ej de senaste 6 åren |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tidigare haft besvär från fingerlederna och sökt läkare eller borde ha sökt läkare därför, inga nämnvärda besvär senaste 6 åren |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Fått en del besvär från fingerlederna de senaste 6 åren, dock ej behövt söka läkare för dessa besvär |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Fått besvär från fingerlederna de senaste 6 åren, sökt eller allvarligt övervägt söka läkare för dessa besvär |

174 163. Terapi Har besvär, sökt eller allvarligt övervägt söka läkare, använder:

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | inga mediciner |
| 2 | <input type="checkbox"/> | salicylika |
| 3 | <input type="checkbox"/> | butazolidin-preparat |
| 4 | <input type="checkbox"/> | kortisonpreparat |
| 5 | <input type="checkbox"/> | klorokinpreparat |

175 164. Eventuell ändring av symptom (eller nytillkomna) efter menopausen

- 1 Har fått besvär från fingerlederna efter menopausen /eller tidigare besvär har ökat
- 2 Tidigare besvär har minskat eller försvunnit efter menopausen
- 3 Oförändrat

176 165. Symptomdebut för eventuella besvär

--	--	--

För hur länge sedan började de nuvarande besvären från fingerlederna (månader)?

177 166. Axelleder

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare besvär, ej nu
- 2 Har smärta/ömhet nu
- 3 D:o + rotationsinskränkning

178 167. Morgonstelhet

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare haft besvär
- 2 Har morgonstelhet nu

179 168. Knäleder

- 0 Ingen ömhet, ej krepitationer
- 1 Ömhet
- 2 Krepitationer
- 3 Ömhet + krepitationer

180 169. Handleder

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare haft besvär
- 2 Har besvär
- 3 Har besvär, haft radiusfraktur

181 → RADIUSFRAKTUR

182 170. Kaffe

- 1 Dricker någon kopp kaffe om dagen men inte mer
- 2 Dricker 2 - 3 koppar kaffe per dag
- 3 Dricker 4 - 6 koppar kaffe per dag
- 4 Dricker 7 - 10 koppar kaffe per dag
- 5 Dricker 11 - 20 koppar kaffe per dag
- 6 Dricker mer än 20 koppar kaffe per dag

183 171. Socker i kaffet

Hur många sockerbitar brukar ni ta i varje kaffekopp?

184 172. Salt

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Brukar tycka, att maten är för salt |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Brukar tycka, att maten är "lagom" |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Brukar salta extra på maten, men brukar smaka först |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Brukar salta extra på maten utan att smaka först |

Alkohol

Använder:

185 173. Öl eller starköl

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

186 174. Vin

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

187 175. Starksprit

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

1. tidigare men ej senaste 10 åren
2. tidigare men ej senaste året
3. någon gång i månaden
4. någon gång i veckan
5. några gånger i veckan
6. dagligen

Yrkesaktivitet.

Grupp I

Övervägande stillasittande arbete

t.ex. hemmafru utan hemmavarande barn med städhjälp; skrivbordsarbete utan nämnvärt arbete i hemmet därbredvid etc.

Grupp II

Sittande eller stående, viss gång

t. ex. affärsbiträde, lätt industriarbete, lärare; stillasittande arbete under dagen men en del arbete i hemmet dessutom; hemmafru, som städar och tvättar själv, med högst ett barn.

Grupp III

Gående, viss lyftning etc.

t. ex. sjukvårdsarbete, brevbärare, tyngre industriarbete, hemmafru med 2-3 barn utan hemhjälp; yrkesarbete, som skulle komma i grupperna I eller II, men där man efter arbetet får sköta hemmet och ta hand om 2 eller flera barn.

Grupp IV

Tungt kroppsarbete

t. ex. tungt städningsarbete borta + att sköta egna hemmet och egna barn; yrkesgrupp, som skulle hört hemma i grupp III, men där dessutom hemmet och barn får skötas.

Grupp I

Grupp II

Grupp III

Grupp IV

188 176.

senaste 12 månaderna

Fritidsaktivitet.

Aktivitetsgrupp I Aktivitetsgrupp II Aktivitetsgrupp III Aktivitetsgrupp IV

Nästan helt inaktiv

Någon fysisk aktivitet åtminstone 4 timmar/vecka

Regelbunden fysisk aktivitet

Regelbunden hård fysisk träning och tävling

t.ex. läsning, TV, bio.

t.ex. cykling eller promenad till arbetet eller på fritid, promenader med familjen.

t.ex. trädgårdsarbete, golf, löpning, motionsgymnastik, tennis, jazzbalett.

t.ex. löpning flera gånger per vecka, orientering, simning flera gånger per vecka, tävlingsidrott.

189 177.

senaste 12 månaderna

Grupp I

Grupp II

Grupp III

Grupp IV

Period av stress (en månad eller mer).

Har ni upplevt någon period av stress, och med stress menar vi, att ni varit:

- retlig
- spänd
- nervös
- ängslig
- rädd
- ångestfylld
- sömlös

i samband med oro för:

- arbetet
- hälsan
- familjen
- konflikt med omgivningen (i hemmet, på arbetet)
- annan orsak

Har aldrig upplevt någon period av stress

190 178.

1. Har upplevt period av stress
2. Har upplevt period av stress under sista fem åren
3. Har upplevt flera perioder av stress under sista fem åren
4. Lever under ständig stress det sista året
5. Lever under ständig stress de sista fem åren

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

Bröstoperationer.

191 179. Opererad för bröstcancer?

1 Ja

2 Nej

192 180. Om så var fallet, vilket år?

180

193 181. Sökt för knöl eller ojämnhet i bröstet under de senaste 6 åren, sedan förra undersökningen?

0 Nej

1 Ja, men ingen åtgärd

2 Ja, operation gjord, "inget farligt"

3 Ja, operation gjord, cancer