

Vi ber Er att fylla i detta frågeformulär och sända det tillbaka till oss i bifogade frankerade svarskuvert.

Namn		Född		JA	NEJ	VET EJ
01	01 01	Har (hade) Er far sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	01 02	Har (hade) Er mor sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	02 01	Har eller har Ni haft syskon med sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	03 01	Har Ni barn med sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	04 01	Finns det andra släktingar till Er som har (haft) sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 01	Är Er far avliden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 02	Har (hade) er far hjärtbesvär i form av bröstsmärtor (angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 03	Har Er far haft hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 04	Dog Er far i hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 05	Har Er far haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 06	Dog Er far av hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 07	Har (hade) Er far högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	05 08	Dog Er far i cancersjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 01	Är Er mor avliden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 02	Har (hade) Er mor hjärtbesvär i form av bröstsmärtor (angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 03	Har Er mor haft hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 04	Dog Er mor i hjärtinfarkt (propp i hjärtat, hjärtattack)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 05	Har Er mor haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 06	Dog Er mor av hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 07	Har (hade) Er mor högt blodtryck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	06 08	Dog Er mor i cancersjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 01	Har Ni syskon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 02	Har Ni någon broder, som har högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 03	Har Ni någon syster, som har högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 04	Har någon bror till Er haft hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 05	Har någon syster till Er haft hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 06	Har någon bror till Er haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 07	Har någon syster till Er haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	07 08	Har Ni syskon, som avlidit i cancersjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	08 01	Har Ni barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01	08 02	Lider något av barnen av långvarig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	01 01	Har Ni någon gång haft smärta i bröstet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	01 02	Har Ni någon gång haft tryck eller tryckkänsla över bröstet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	JA	NEJ	VET EJ
02 01 03 Har Ni någon gång fått smärtor i bröstet då Ni går i uppförsbackar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 04 Har Ni någon gång fått tryck eller tryckkänsla i bröstet då Ni går i uppförsbackar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 05 Har Ni någon gång fått smärtor i bröstet då Ni går i vanlig takt på plan mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 06 Har Ni någon gång fått tryck eller tryckkänsla i bröstet då Ni går i vanlig takt på plan mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 07 Kan Ni få smärta i bröstet då Ni går utomhus i kyligt väder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 08 Kan Ni få tryck eller tryckkänsla i bröstet då Ni går utomhus i kyligt väder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 09 Har Ni någon gång haft smärta i bröstet som varat $\frac{1}{2}$ timme eller längre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 10 Har Ni legat på sjukhus för hjärtinfarkt? (propp i hjärtat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 11 Har någon läkare sagt till Er att Ni har källkramp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 01 12 Använder Ni nitroglycerintabletter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 02 01 Brukar Ni få smärtor i vaden eller vaderna då Ni går?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 03 01 Blir Ni andfådd av att gå två trappor eller motsvarande i samma takt som jämnåriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 04 01 Har Ni vid någon blodtrycksmätning upplysts om att Ert blodtryck var högt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 04 02 Använder Ni tabletter mot högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 05 01 Använder Ni digitalismedicin (tex Lanacrist, Digitrin, Digitoxin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 05 02 Använder Ni regelbundet vätske- (urin-) drivande medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 01 Har Ni någon gång i livet rökt dagligen under $\frac{1}{2}$ år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 02 Är Ni rökare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 03 Drar Ni halsbloss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 04 Har Ni rökt längre än 1 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 05 Har Ni rökt längre än 5 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 06 Har Ni rökt längre än 10 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 07 Har Ni sista halvåret kraftigt minskat er rökkonsumtion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 08 Har Ni slutat röka sista året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 09 Har Ni slutat röka för mellan 1-5 år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 10 Har Ni slutat röka för över 5 år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 11 Röker Ni cigaretter dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 12 Röker Ni mer än 10 cigaretter per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 13 Röker Ni mer än 20 cigaretter per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 14 Röker Ni mer än 30 cigaretter per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 15 Röker Ni mer än 40 cigaretter per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 16 Röker 1 cigarr eller 3 cigariller per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 17 Röker Ni 2-3 cigarrer eller 4-6 cigariller per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 18 Röker Ni minst 3 cigarrer eller minst 6 cigariller per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 19 Röker Ni pipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEJ	VET EJ
03 01 20 Röker Ni mer än 1 paket pipotobak per vecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 01 21 Skulle Ni vilja sluta röka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 01 Har Ni svårt somna på kvällarna (insomnings- svårigheter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 02 Brukar Ni ofta vakna på efternatten och inte kunna somna om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 03 Använder Ni sömntabletter mer än tre gånger per vecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 04 Har Ni någon gång använt sömntabletter regel- bundet under en längre period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 05 Blir Ni oätlig inför personer som talar lång- samt och/eller ger mycket utförliga, omständliga beskrivningar av enkla saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 06 Blir Ni otålig i stillastående köer, ex buss- eller bilkö, kö på postanstalt, affär eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 07 Trivs Ni sämre i Ert arbete nu än för 5 år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 08 Känner Ni Er jäktad i Ert arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 09 Har Ni hel sjukpension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 10 Har Ni delvis sjukpension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 11 Har Ni livränta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 12 Är Ni sjukskriven för närvarande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 13 Har Ni varit sjukskriven vid minst tre till- fällen senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 14 Har Ni skiftat yrke eller sysselsättning under de senaste 5 åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 15 Har Ni skiftat arbetsplats (arbetsgivare) under de senaste 5 åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 16 Har Ni varit arbetslös mer än 1 månad senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 17 Har det förekommit permitteringar på Er arbets- plats eller känner Ni Er permitteringshotad under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 18 Har Ni skiftarbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 19 Har Ni ackordslön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 20 Har Ni haft mycket övertidsarbete under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 21 Har Ni eller har Ni haft extraarbete (extra- knäck) under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 22 Har Ni studerat hemma eller gått på kurser vid sidan om Ert vanliga arbete under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 23 Har Ni fått andra arbetsuppgifter som medfört ändrat ansvar under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 24 Har Ni upplevt problem eller haft svårare kon- flikter med över- eller underordnad under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 25 Upplever Ni Ert arbete som otrivsamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 26 Har Ni de sista 5 åren upplevt någon period av stress (härmed avses att Ni har känt Er spänd, retlig eller ångestfylld pga problem och konflikter i arbetet eller hemmet etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		JA	NEJ	VET EJ
04 01 27	Har Ni levt under ständig stress (känt Er spänd, retlig eller ångestfylld) sista året p g a problem eller konflikter i arbetet eller i hemmet etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 28	Har Ni levt under ständig stress (känt Er spänd, retlig eller ångestfylld) de senaste 5 åren pga problem eller konflikter i arbetet eller i hemmet etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 29	Kan Ni koppla av efter normal arbetsdag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 30	Har Ni behandlats för nervösa eller psykiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 31	Har Ni någon gång legat på sjukhus för psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 32	Har Ni varit gift någon gång tidigare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 33	Ligger Ni under hemskillnad nu eller har Ni skilt Er under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 34	Har Ni gift Er eller flyttat samman med någon under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 35	Har Ni under senaste året haft svåra konflikter eller tråkigheter (sjukdomar, dödsfall etc) med familjemedlemmar, andra anhöriga, sammanboende eller bekanta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 37	Har Era inkomster ändrats avsevärt under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 38	Har Ni ekonomiska bekymmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 40	Har Ni skiftat bostadsort under senaste 5 åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 01 41	Är Ni absolutist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 01	Cyklar eller går Ni till arbetet under större delen av året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 02	Tager tiden till och från arbetet per cykel eller till fots 5-10 minuter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 03	Tager tiden till och från arbetet per cykel eller till fots 10-20 minuter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 04	Har Ni övervägande stillasittande arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 05	Har Ni ett arbete där Ni står och går större delen av tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 06	Får Ni i Ert arbete lyfta och bära tunga föremål (minst 10-20 kg)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 01 07	Har Ni tungt kroppsarbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 02 01	Ägnar Ni er mestadels åt läsning, TV, bio, eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 02 02	Brukar Ni promenera eller cykla för nöjes skull under vardagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 02 03	Brukar Ni promenera eller cykla för nöjes skull under veckosluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 02 04	Ägnar Ni Er åt någon motionssport eller tyngre trädgårdsarbete under säsong minst 3 timmar per vecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEJ	VET EJ
06 01 01 Har Ni haft lungtuberkulös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 02 Har Ni någon gång haft lunginflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 03 Går Ni på kontroller på dispensären för någon lungsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 04 Har Ni efter 20 års ålder haft astmabesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 05 Har Ni sista tiden besvärats av hosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 06 Har Ni sista tiden besvärats av heshet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 07 Har Ni regelbundet varje år mer än en period med luftrörsbesvär i form av hosta med upphostningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 08 Har Ni under någon period av Ert liv besvärats av långvarig och envis hosta (härmed menas hosta som funnits så gott som dagligen under flera /minst 3/ på varandra följande månader under flera /minst 2/ på varandra följande år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 09 Brukar Ni hosta upp slem på morgonen vintertid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 10 Har Ni under sista tiden observerat förekomst av blod i upphostning?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 11 Är Ni förkyld för närvarande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 12 Har Ni haft någon förkylning med feber de senaste 3 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 13 Brukar Ni bli andfådd då Ni går i trappor och backar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 01 14 Brukar Ni bli andfådd då Ni går på slät mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 01 Har Era avföringsvanor sista månaderna ändrat karaktär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 02 Har Ni haft diarréperioder sista året (mer än 3 lösa avföringar per dag)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 03 Använder Ni laxermedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 04 Har Ni under sista tiden observerat blod i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 05 Är Ni opererad för magsår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 06 Är Er gallblåsa bortopererad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 07 Brukar Ni ha smärtor eller sugningar i maggropen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 08 Brukar Ni besväras av halsbränna och sura uppstötningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 09 Har Ni flera gånger senaste året haft smärtor någonstans i buken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 01 10 Har Ni oregelbunden avföring (omväxlande förstoppning och och lös avföring)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 01 Har Ni någon gång senaste året haft blodig eller mörk urin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 02 Har Ni svårt att komma igång med vattenkastningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 03 Har urinstrålen blivit tunn och svag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 04 Har Ni haft blåskatarr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 05 Har Ni haft njurinflammation med blod i urinen (även i barnåren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 06 Har Ni haft njurbäckeninflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 07 Har Ni under senaste 5 åren fått sulfa eller liknande för infektion i urinvägarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEJ	VET EJ
08 01 08 Har Ni någon gång haft äggvita i urinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 09 Har Ni någon gång haft njurstensanfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 10 Har Ni haft flera njurstensanfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 01 11 Är njurarna röntgade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 01 01 Har Ni haft värk i hand- och fingerleder senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 01 02 Besväras Ni av ledvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 01 03 Har Ni (haft) ryggbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 02 01 Har Ni haft blodbrist någon gång senaste 5 åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 03 01 Har Er aptit försämrats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 03 02 Har Ni nagrat senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 04 01 Har Ni ökat mer än 10 kg i vikt sedan 30-årsåldern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 04 02 Skulle Ni vilja ha hjälp med att gå ned i vikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 05 01 Har Ni haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 06 01 Har Ni haft cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 07 01 Har Ni någon gång (hört talas om att Ni) haft socker i urinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 07 02 Har Ni sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 08 01 Är Ni behandlad för struma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 08 02 Har Ni lätt för att känna Er frusen /härmed avses icke enbart händer och fötter/?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 11 01 Är Ni sjukskriven för närvarande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 11 02 Går Ni för närvarande under kontroll hos läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 12 01 Känner Ni Er fullt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 13 01 Har Ni ätit värktabletter regelbundet under en längre period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tillägg i version 1+

040142	Brukar Ni ta en drink innan Ni går på fest?	—	—	—
040143	Dricker Ni mestadels en flaska vin vid veskoslut och helger?	—	—	—
040144	Dricker Ni ett par öl om dagen för att varva ner?	—	—	—
040145	Tål Ni sprit bättre än för 10 år sedan?	—	—	—
040146	Måste Ni tänka på att hålla jämn takt när Ni dricker alkoholhaltiga drycker tillsammans med andra?	—	—	—
040148	Har det hänt att Ni efter måttligt festande inte minns hur Ni kom i säng?	—	—	—
040149	Brukar Ni efter att ha festat ha somvetsförebörelser?	—	—	—
040150	Brukar Ni efter att ha festat eftersläcka med en öl dagen därpå?	—	—	—
040151	Brukar Ni ibland försöka låta bli att dricka alkoholhaltiga drycker en bestämd tid, tex under en vecka?	—	—	—
050301	Är ni "hel-vegetarian"? (Svara endast ja om Ni helt utesluter tex mjölkprodukter, ägg, fisk, och liknande)	—	—	—
050302	Är Ni "del-vegetarian"? (d.v.s. tillåter mjölk, ost, ägg eller dylikt)	—	—	—
050303	Om Ni är vegetarian (helt eller delvis): Har Ni varit vegetarian under de sista 1-2 åren?	—	—	—
050304	Om Ni är vegetarian (helt eller delvis): Har Ni varit vegetarian under de sista 2-10 åren?	—	—	—
050305	Om Ni är vegetarian (helt eller delvis): Har Ni varit vegetarian längre än de sista 10 åren?	—	—	—
050306	Har Ni tidigare varit vegetarian?	—	—	—
050307	Om Ni är eller har varit vegetarian: Är Ni det p.g.a. något kroniskt sjukdomstillstånd (för att motverka detta sjukdomstillstånd)?	—	—	—

Ja Vet ej Nej

040201 Utsättes Ni ofta (så att Ni irriteras av det) för stendamm, mineraldamm eller fiberdamm i Ert arbete?

040202 Utsättes Ni ofta (så att Ni irriteras av det) för ångor från lösningsmedel, färger, sprayer eller liknande i Ert arbete?

040203 Utsättes Ni ofta (så att Ni irriteras av det) för rök, avgaser eller dylikt i Ert arbete?

040204 Har Ni ofta utsatts för asbetsprodukter i Ert arbete?

040205 Utsätts Ni för mycket buller eller annat störande ljud i Ert arbete?