

調査票様式



統計法に基づく国の
統計調査です。調査
票情報の秘密の保護
に万全を期します。

平成25年国民健康・栄養調査
身体状況調査票

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 (平成25年11月1日現在)

都道
府県

保健所

| | |
|---|---|
| <p>[身体計測]</p> <p>(1) 身長 (1歳以上) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm <input type="text"/></p> <p>(2) 体重 (1歳以上) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg <input type="text"/></p> <p>(3) 腹囲 (6歳以上) (へその高さ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm <input type="text"/></p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>測定方法</p> <p>1 調査員が測定</p> <p>2 被調査者が測定 (自己申告)</p> </div> <p>(4) 血圧 (20歳以上)</p> <p>1回目 収縮期(最高) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg 拡張期(最低) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p>2回目 収縮期(最高) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg 拡張期(最低) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p>(5) 血液検査実施の有無 (20歳以上) (検査項目は裏面に記載)</p> <p>1 有 2 無</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> | <p>[問診] (20歳以上)</p> <p>(6) 現在、aからfの薬の使用の有無</p> <p>(a) 血圧を下げる薬 有・無</p> <p>(b) 脈の乱れを治す薬 有・無</p> <p>(c) インスリン注射または血糖を下げる薬 有・無</p> <p>(d) コレステロールを下げる薬 有・無</p> <p>(e) 中性脂肪 (トリグリセリド) を下げる薬 有・無</p> <p>(f) 貧血治療のための薬 (鉄剤) 有・無</p> <p>(7) 現在、糖尿病治療の有無 (通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む)</p> <p>1 有 2 無</p> <p>(8) 現在、医師等からの運動[*]禁止の有無</p> <p>1 有 2 無</p> <p>(9) 運動習慣 (医師等から運動を禁止されている((8)で「1 有」と回答した)者は記載不要)</p> <p>(a) 1週間の運動日数 <input type="text"/> 日</p> <p>(b) 運動を行う日の平均運動時間</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> <input type="text"/> 分</p> <p>(c) 運動の継続年数</p> <p>1 1年未満 2 1年以上</p> |
|---|---|

※運動とは、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として、計画的・定期的に行うもの。

厚生労働省

血液検査項目

| | |
|----|-----------------------|
| 1 | 血色素量 |
| 2 | ヘマトクリット値 |
| 3 | 赤血球数 |
| 4 | 白血球数 |
| 5 | 血小板数 |
| 6 | 血糖値 |
| 7 | ヘモグロビンA _{1C} |
| 8 | 総コレステロール |
| 9 | HDL-コレステロール |
| 10 | LDL-コレステロール |
| 11 | 中性脂肪（トリグリセライド） |
| 12 | 総たんぱく質 |
| 13 | アルブミン |
| 14 | クレアチニン |
| 15 | 血清鉄 |
| 16 | TIBC（総鉄結合能） |
| 17 | AST（GOT） |
| 18 | ALT（GPT） |
| 19 | γ-GT（γ-GTP） |
| 20 | 尿酸 |



平成25年国民健康・栄養調査

栄養摂取状況調査票

地区番号 -

市郡番号

世帯番号

調査日 平成25年 月 日

都道府県 保健所

調査員氏名

確認者氏名

厚生労働省

I 世帯状況・II 食事状況 「栄養摂取状況調査票の書き方」に沿って、記入してください。

| I 世帯状況 | | II 食事状況 | | III 身体状況 | |
|----------|-------|--|------------|--------------------|--|
| 1. 世帯員番号 | 2. 氏名 | 3. 生年月日 | 4. 性別 | 5. 世帯主との続柄 ※1参照 | 6. 妊娠・授乳 |
| 01 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | 01 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 02 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 03 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 04 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 05 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 06 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 07 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 08 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |
| 09 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後前6か月未満で現在授乳している 3 分娩後前6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後前6か月以上で現在授乳している |

※1 世帯主との続柄

- 01 世帯主
- 02 世帯主の配偶者
- 03 子
- 04 子の配偶者
- 05 孫
- 06 孫の配偶者
- 07 世帯主の父母
- 08 配偶者の父母
- 09 祖父
- 10 兄弟姉妹
- 11 その他の親族
- 12 その他(親族以外)

世帯主の配偶者(夫又は妻)の祖父・兄弟姉妹はそれぞれ09「祖父」10「兄弟姉妹」に含めます。
兄弟姉妹の配偶者は「10 兄弟姉妹」に含めます。
「配偶者」には、事実上夫婦として生活しているが、婚姻届を提出していない場合も含まれます。

| 7. 仕事の種類 | II 食事状況 | | | III 身体状況 | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | 朝 | 昼 | 夕 | 1日の身体活動量(歩数) (20歳以上) | ※2世帯の栄養状況 前記から算出する。日常生活から算出する。 (入浴、水泳などを除く) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、シ印をつけて下さい) |



平成25年国民健康・栄養調査

生活習慣調査票

地区番号 -

市群番号

世帯番号

世帯員番号

性別 1 男 2 女

年齢 (平成25年11月1日現在)

〒 郡道府県 保健所

厚生労働省

問1 あなたは、この1か月間に、次のアからケの食べ物をどのくらいの頻度で食べましたか。それぞれあてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

| | 1. 毎日2回以上 | 2. 毎日1回 | 3. 週4~6回 | 4. 週2~3回 | 5. 週1回 | 6. 週1回未満 | 7. 食べなかった |
|-----------|--------------|------------|-------------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| ア ごはん | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| イ パン | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ウ 麺類 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| エ 肉 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| オ 魚 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| カ 卵 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| キ 大豆・大豆製品 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ク 緑黄色野菜 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ケ その他の野菜 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

問2 自分の歯*は何本ありますか。

※「自分の歯」には、親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。親知らずを除くと全部で28本が正常ですが、28本より多かったり少なかったりすることもあります。

自分の歯は 本ある。

問3 かねで食べるときの状態について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 何でもかねで食べることができる
- 2 一部かめない食べ物がある
- 3 かめない食べ物が多い
- 4 かねで食べることはできない

問4 あなたは食べ物や飲み物が飲み込みにくく感じたり、食事中にむせたりすることがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 頻繁にある
- 2 とときどきある
- 3 めったにない
- 4 まったくない

- 1 -

問5 日常生活で体を動かす*こと（生活活動）についてお伺いします。「健康維持・増進のためには、日常生活で、毎日60分間くらい体を動かすような生活をする」ことが推奨されています。あなたは、これを実行していますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

※「体を動かす」とは、歩く、犬の散歩をする、そうじをする、自転車に乗る、速歩をする、こどもと活発に遊ぶ、農作業をする、階段を速くのぼるなどと同等の動きを指します。

- 1 実行していないし、実行しようとも考えていない
- 2 実行していないが、実行しようと考えている
- 3 実行しようと努力しているが、十分に実行できていない
- 4 実行しているが、まだ習慣化していない
- 5 実行している、十分に習慣化している

問6 あなたは、座ったり寝転がったりして過ごす時間*が、1日平均してどのくらいありますか。□に数字を入れて下さい。（記入例：5時間ー05時間00分 なしー00時間00分）

※「座ったり寝転がったりして過ごす時間」には、机やコンピューターに向かう時間（仕事、勉強や読書などを含む）、テレビを見ている時間、座って会話をしている時間、車を運転する（または車に乗っている）時間、電車で座っている時間等を含みます。ただし、睡眠時間は含みません。

平日 約 時間 分 休日 約 時間 分

問7 あなたはたばこを吸いますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 毎日吸っている
- 2 時々吸う日がある
- 3 以前は吸っていたが、1か月以上吸っていない
- 4 吸わない

（問7ー1） たばこをやめたいと思いますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 やめたい
- 2 本数を減らしたい
- 3 やめたくない
- 4 わからない

- 2 -

問8 あなたは、この1か月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。次のアからコの場合について、それぞれあてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

※学校、飲食店、遊技場などに勤務していて、その職場で受動喫煙があった場合は、「イ 職場」欄に記入して下さい。

| | 1. ほぼ毎日 | 2. 週に数回程度 | 3. 週に1回程度 | 4. 月に1回程度 | 5. 全くなかった | 6. 行かなかった |
|-----------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ア 家庭 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| イ 職場 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ウ 学校 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| エ 飲食店 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| オ 遊技場 (ゲームセンター、 パチンコ、競馬場など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| カ 行政機関 (市役所、町村役場、 公民館など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| キ 医療機関 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ク 公共交通機関 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ケ 路上 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| コ 子供が利用する 屋外の空間 (公園、通学路など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

問9 あなたが、受動喫煙の防止対策が今よりも推進されることを望む場所はありますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 家庭 | 6 行政機関 (市役所、町村役場、公民館など) |
| 2 職場 | 7 医療機関 |
| 3 学校 | 8 公共交通機関 |
| 4 飲食店 | 9 路上 |
| 5 遊技場 (ゲームセンター、パチンコ、競馬場など) | 10 子供が利用する屋外の空間 (公園、通学路など) |
| | 11 特になし |

- 3 -

問10 飲酒の知識についておたずねします。「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」とは、男女それぞれ1日平均でどのくらいだと思いますか。清酒に換算[※]し、あてはまる番号をそれぞれ1つ選んで○印をつけて下さい。

※清酒1合(180ml)は、次の量にほぼ相当します。
ビール・発泡酒中瓶1本(約500ml)、焼酎20度(135ml)、
焼酎25度(110ml)、焼酎35度(80ml)、チューハイ7度(350ml)、
ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

ア 男性の場合

- 1 1合(180ml)以上
- 2 2合(360ml)以上
- 3 3合(540ml)以上
- 4 4合(720ml)以上
- 5 5合(900ml)以上
- 6 わからない

イ 女性の場合

- 1 1合(180ml)以上
- 2 2合(360ml)以上
- 3 3合(540ml)以上
- 4 4合(720ml)以上
- 5 5合(900ml)以上
- 6 わからない

問11 睡眠の質についておたずねします。あなたはこの1か月間に、次のようなことが週3回以上ありましたか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 寝つき(布団に入ってから眠るまでに要する時間)に、いつもより時間がかかった
- 2 夜間、睡眠途中で目が覚めて困った
- 3 起きようとする時刻よりも早く目が覚め、それ以上眠れなかった
- 4 睡眠時間が足りなかった
- 5 睡眠全体の質に満足できなかった
- 6 日中、眠気を感じた
- 7 上記1～6のようなことはなかった

ご協力ありがとうございました。

血液検査項目

| | |
|----|------------------------------|
| 1 | 血色素量 |
| 2 | ヘマトクリット値 |
| 3 | 赤血球数 |
| 4 | 白血球数 |
| 5 | 血小板数 |
| 6 | 血糖値 |
| 7 | ヘモグロビンA1c |
| 8 | 総コレステロール |
| 9 | HDL-コレステロール |
| 10 | LDL-コレステロール |
| 11 | 中性脂肪（トリグリセライド） |
| 12 | 総たんぱく質 |
| 13 | アルブミン |
| 14 | クレアチニン |
| 15 | 血清鉄 |
| 16 | TIBC（総鉄結合能） |
| 17 | AST（GOT） |
| 18 | ALT（GPT） |
| 19 | γ -GT（ γ -GTP） |
| 20 | 尿酸 |



統計法に基づく国の統計調査です。調査情報の秘密の保持に努めます。

平成26年国民健康・栄養調査

栄養摂取状況調査票

地区番号 -

市郡番号

世帯番号

調査日 平成26年 月 日

都道府県 _____ 保健所 _____

調査員氏名 _____

確認者氏名 _____

厚生労働省

I 世帯状況・II 食事状況 「栄養摂取状況調査票の書き方」に沿って、記入してください。

| I 世帯状況 | | | | II 食事状況 | |
|----------|-------|--|------------|----------------------|---|
| 1. 世帯員番号 | 2. 氏名 | 3. 生年月日 | 4. 性別 | 5. 世帯主との続柄 (注) 参照 | 6. 妊娠・授乳 |
| 01 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | 01 | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 02 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 03 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 04 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 05 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 06 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 07 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 08 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |
| 09 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2 分娩後6か月未満で現在授乳している <input type="checkbox"/> 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない <input type="checkbox"/> 4 分娩後6か月以上で現在授乳している <input type="checkbox"/> |

※1 世帯主との続柄
 01 世帯主 05 孫 09 祖父母
 02 世帯主の配偶者 06 孫の配偶者 10 兄弟姉妹
 03 子 07 世帯主の父母 11 その他の親族
 04 子の配偶者 08 配偶者の父母 12 その他(親族以外)
 世帯主の配偶者(夫又は妻)の祖父母・兄弟姉妹はそれぞれ「09 祖父母」「10 兄弟姉妹」に含めます。兄弟姉妹の配偶者は「10 兄弟姉妹」に含めます。「配偶者」には、事実上夫婦として生活しているが、婚姻届を提出していない場合も含みます。

| 7. 仕事の種類 | II 食事状況 | | | 身体状況 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| | 朝 | 昼 | 夕 | 1日の身体活動量(歩数) (2,000以上) | 歩数計の装着状況 朝起きてから寝るまで、はきずつとつけていたか(入浴、水泳中などは除く) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いづれかに、シ印をつけて下さい) |



統計法に基づく国の
統計調査です。調査
票情報の漏洩の保護
に万全を尽くします。

平成26年国民健康・栄養調査

生活習慣調査票

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 (平成26年11月1日現在)

都道府県 _____ 保健所 _____

厚生労働省

問1 あなたはふだん食品を選択する際にどのようなことを重視していますか。
あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- | | |
|---------|---------|
| 1 おいしさ | 6 安全性 |
| 2 好み | 7 鮮度 |
| 3 量・大きさ | 8 価格 |
| 4 栄養価 | 9 簡便性 |
| 5 季節感・旬 | 10 特になし |

問2 あなたは過去1年間に、経済的な理由で食物(菓子、嗜好飲料を除く)の購入を控えた、または購入できなかったことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 よくあった
- 2 ときどきあった
- 3 まれにあった
- 4 まったくなかった

問3 ここ1ヶ月間、あなたの1日の平均睡眠時間はどのくらいでしたか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 5時間未満
- 2 5時間以上6時間未満
- 3 6時間以上7時間未満
- 4 7時間以上8時間未満
- 5 8時間以上9時間未満
- 6 9時間以上

問4 ここ1ヶ月間、あなたは睡眠で休養が充分とれていますか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 充分とれている
- 2 まあまあとれている
- 3 あまりとれていない
- 4 まったくとれていない

- 1 -

問5 あなたはたばこを吸いますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 毎日吸っている
- 2 時々吸う日がある
- 3 以前は吸っていたが、1ヶ月以上吸っていない
- 4 吸わない

(問5-1) あなたは通常、1日に何本たばこを吸いますか。
(「ときどき吸う方」は吸うときの1日の本数をお答え下さい。)

本

(問5-2) たばこをやめたいと思いますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 やめたい
- 2 本数を減らしたい
- 3 やめたくない
- 4 わからない

問6 あなたの歯のことでおたずねします。

自分の歯は何本ありますか。

※親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。
親知らずを除くと全部で28本が正常ですが、28本より多かったり少なかったりすることもあります。

自分の歯は 本ある

問7 あなたの歯ぐきの状態について、「はい」「いいえ」でお答え下さい。

- | | | |
|---------------|----|-----|
| 1 歯ぐきが腫れている | はい | いいえ |
| 2 歯を磨いた時に血が出る | はい | いいえ |

- 2 -

問8 あなたは週に何日位お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 毎日
 - 2 週5～6日
 - 3 週3～4日
 - 4 週1～2日
 - 5 月に1～3日
 - 6 ほとんど飲まない
 - 7 やめた
 - 8 飲まない(飲めない)
- } → 問9へ

(問8で1, 2, 3, 4, 5と答えた方にお開きします。)

(問8-1) お酒を飲む日は1日あたり、どれくらいの量を飲みますか。
清酒に換算し、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 1合(180ml)未滿
- 2 1合以上2合(360ml)未滿
- 3 2合以上3合(540ml)未滿
- 4 3合以上4合(720ml)未滿
- 5 4合以上5合(900ml)未滿
- 6 5合(900ml)以上

清酒1合(180ml)は、次の量にほぼ相当します。
ビール・発泡酒中瓶1本(約500ml)、焼酎20度(135ml)、
焼酎25度(110ml)、焼酎35度(80ml)、チューハイ7度(350ml)、
ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

問9 あなたは過去1年間に、健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)を受けたことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 受診した
- 2 受診しなかった

注: 次のようなものは健診等には含まれません。
がんのみの検診、妊産婦検診、
歯の健康診査、
病院や診療所で行う診療としての検査

**【世帯主 または 世帯を代表する方が、世帯を代表して
問10にもお答え下さい。】**

問10 あなたの世帯の過去1年間の年間収入はだいたいどれくらいになりますか。近い番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 200万円未滿
- 2 200万円以上600万円未滿
- 3 600万円以上
- 4 わからない

ご協力ありがとうございました。

血液検査項目

| | |
|----|-----------------------|
| 1 | 血色素量 |
| 2 | ヘマトクリット値 |
| 3 | 赤血球数 |
| 4 | 白血球数 |
| 5 | 血小板数 |
| 6 | 血糖値 |
| 7 | ヘモグロビンA _{1C} |
| 8 | 総コレステロール |
| 9 | HDL-コレステロール |
| 10 | LDL-コレステロール |
| 11 | 中性脂肪（トリグリセライド） |
| 12 | 総たんぱく質 |
| 13 | アルブミン |
| 14 | クレアチニン |
| 15 | 血清鉄 |
| 16 | TIBC（総鉄結合能） |
| 17 | AST（GOT） |
| 18 | ALT（GPT） |
| 19 | γ-GT（γ-GTP） |
| 20 | 尿酸 |



統計法に基づく国の統計調査です。
調査情報の秘密の保護に万全を期します。

平成27年国民健康・栄養調査

栄養摂取状況調査票

地区番号 -

市郡番号

世帯番号

調査日 平成27年 月 日

都道府県 保健所

調査員氏名

確認者氏名

厚生労働省

I 世帯状況・II 食事状況

「栄養摂取状況調査票の書き方」に沿って、記入してください。

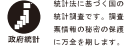
| I 世帯状況 | | | | | |
|----------|-------|--|------------|---------------------|---|
| 1. 世帯員番号 | 2. 氏名 | 3. 生年月日 | 4. 性別 | 5. 世帯主との続柄 ※1 参照 | 6. 妊娠・授乳 |
| 01 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | 01 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 02 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 03 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 04 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 05 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 06 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 07 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 08 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |
| 09 | | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男 2 女 | | 1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後6か月未満で現在授乳している 3 分娩後6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後6か月以上で現在授乳している |

※1 世帯主との続柄

- 01 世帯主
- 02 世帯主の配偶者
- 03 子
- 04 子の配偶者
- 05 孫
- 06 孫の配偶者
- 07 世帯主の父母
- 08 配偶者の父母
- 09 祖父母
- 10 兄弟姉妹
- 11 その他の親族
- 12 その他の親族以外

世帯主の配偶者(夫又は妻)の祖父・兄弟姉妹はそれぞれ「09 祖父」「10 兄弟姉妹」に含めます。兄弟姉妹の配偶者は「10 兄弟姉妹」に含めます。「配偶者」には、事実上夫婦として生活しているが、婚姻届を提出していない場合も含まれます。

| 7. 仕事の開始 | II 食事状況 | | | 身体状況 | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | 朝 | 昼 | 夕 | 1日の身体活動量(歩数) (20歳以上) | 栄養摂取状況 ※1 参照 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (いずれかに、レ印をつけて下さい) |



平成27年国民健康・栄養調査

生活習慣調査票

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 (平成27年11月1日現在)

都道府県 _____ 保健所 _____

厚生労働省

問1 あなたは、ふだん食品を購入する時に、栄養成分の表示を参考にしていますか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 いつもしている 3 あまりしない
2 時々している 4 いつもしない

問2 あなたが、食品を購入する際の参考として、必要だと思う栄養成分表示はどれですか。あてはまる番号をすべてに○印をつけて下さい。

- 1 エネルギー（熱量） 7 コレステロール
2 たんぱく質 8 糖類
3 脂質 9 食物繊維
4 炭水化物 10 ビタミン・ミネラル類
5 ナトリウム（食塩相当量） 11 その他
6 飽和脂肪酸 12 特いない

問3 あなたは、主食（ごはん、パン、麺類などの料理）、主菜（魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料にした料理）、副菜（野菜類、海藻類、きのこ類を主材料にした料理）の3つを組み合わせる食べることが1日に2回以上あるのは週に何日ありますか。あてはまる番号に○印をつけて下さい。

- 1 ほとんど毎日 → 問4へ
2 週に4～5日
3 週に2～3日
4 ほとんどない

(問3-1) 主食、主菜、副菜のうち、組み合わせて食べられないのはどれですか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 主食 2 主菜 3 副菜

問4 あなたは、外食（飲食店での食事）をどのくらい利用していますか。該当する番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 毎日2回以上 5 週1回
2 毎日1回 6 週1回未満
3 週4～6回 7 全く利用しない
4 週2～3回

問5 あなたは、持ち帰りの弁当や惣菜をどのくらい利用していますか。該当する番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 毎日2回以上 5 週1回
2 毎日1回 6 週1回未満
3 週4～6回 7 全く利用しない
4 週2～3回

問6 あなたの周辺に、次に示すような運動ができる場所がありますか。それぞれの項目について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

※周辺とは、自宅から徒歩、自転車、車でそれぞれ10分以内程度、あるいは通勤・通学路上にあって気軽にに行けることを意味するものとします。

| | 1 | 2 | 3 |
|---------------------|----|----|-------|
| | ある | ない | わからない |
| ア 運動が行える公園 | 1 | 2 | 3 |
| イ 安全な歩道や自転車道など | 1 | 2 | 3 |
| ウ 海岸、河原、山など | 1 | 2 | 3 |
| エ 体育館 | 1 | 2 | 3 |
| オ プール | 1 | 2 | 3 |
| カ グランド、テニスコート、野球場など | 1 | 2 | 3 |
| キ スポーツジム、フィットネスクラブ | 1 | 2 | 3 |
| ク 地域センター、公民館など | 1 | 2 | 3 |

問7 あなたの周辺に、運動ができる場所が整備されるとすれば、次のどれを望みますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

※ここでいう運動とは、スポーツやトレーニングなどのような健康づくりや体力向上など、目的をもって余暇時間に行われる活動のことです。

- 1 運動が行える公園 6 グランド、テニスコート、野球場など
2 安全な歩道や自転車道など 7 スポーツジム、フィットネスクラブ
3 整備された海岸、河原、山など 8 地域センター、公民館など
4 体育館 9 その他
5 プール 10 特いない

問8 ここ1ヶ月間、あなたの1日の平均睡眠時間はどのくらいでしたか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 5時間未満
- 2 5時間以上6時間未満
- 3 6時間以上7時間未満
- 4 7時間以上8時間未満
- 5 8時間以上9時間未満
- 6 9時間以上

問9 睡眠の質についておたずねします。あなたはこの1ヶ月間に、次のようなことが週3回以上ありましたか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 寝付き（布団に入ってから眠るまでに要する時間）に、いつもより時間がかかった
- 2 夜間、睡眠途中で目が覚めて困った
- 3 起きようとする時刻よりも早く目が覚め、それ以上眠れなかった
- 4 睡眠時間が足りなかった
- 5 睡眠全体の質に満足できなかった
- 6 日中、眠気を感じた
- 7 上記1～6のようなことはなかった

問10 あなたの睡眠の確保の妨げとなっていることは何ですか。あてはまる番号をすべて選んで○印を付けてください。

- | | |
|--------|-----------------------------|
| 1 仕事 | 6 通勤・通学の所要時間 |
| 2 家事 | 7 睡眠環境（音、照明など） |
| 3 育児 | 8 就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること |
| 4 介護 | 9 その他 |
| 5 健康状態 | 10 特に困っていない |

- 3 -

問11 あなたが、自分の睡眠の確保のために必要なことは何ですか。最もあてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- | | |
|-----------|----------------------------|
| 1 就労時間の短縮 | 6 通勤・通学時間の短縮 |
| 2 家事のサポート | 7 睡眠環境を整える |
| 3 育児のサポート | 8 就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中しない |
| 4 介護のサポート | 9 その他 |
| 5 健康状態の改善 | 10 特になし |

問12 あなたはたばこを吸いますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 毎日吸っている
- 2 時々吸う日がある
- 3 以前は吸っていたが、1ヶ月以上吸っていない
- 4 吸わない

(問12-1) あなたは通常、1日に何本たばこを吸いますか。
 (「ときどき吸う方」は吸うときの1日の本数をお答え下さい。)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 本

(問12-2) たばこをやめたいと思いますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 やめたい
- 2 本数を減らしたい
- 3 やめたくない
- 4 わからない

(問12-3) 身近に禁煙治療が受けられる医療機関がありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない

- 4 -

問13 あなたはこの1ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。次のアからコの場所について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

※学校、飲食店、遊技場などに勤務していて、その職場で受動喫煙があった場合は、「イ 職場」欄に記入して下さい。

| | 1. ほぼ毎日 | 2. 週に数回程度 | 3. 週に1回程度 | 4. 月に1回程度 | 5. 全くなかった | 6. 行かなかった |
|-----------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ア 家庭 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| イ 職場 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ウ 学校 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| エ 飲食店 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| オ 遊技場 (ゲームセンター、 パチンコ、競馬場など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| カ 行政機関 (市役所、町村役場、公民館など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| キ 医療機関 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ク 公共交通機関 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ケ 路上 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| コ 子供が利用する 屋外の空間 (公園、遊学路など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

問14 あなたが、受動喫煙の防止対策が今よりも推進されることを望む場所がありますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 家庭 | 6 行政機関 |
| 2 職場 | (市役所、町村役場、公民館など) |
| 3 学校 | 7 医療機関 |
| 4 飲食店 | 8 公共交通機関 |
| 5 遊技場 (ゲームセンター、パチンコ、競馬場など) | 9 路上 |
| | 10 子供が利用する屋外の空間 (公園、遊学路など) |
| | 11 特にない |

- 5 -

問15 あなたは週に何日位お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 毎日
- 2 週5～6日
- 3 週3～4日
- 4 週1～2日
- 5 月に1～3日
- 6 ほとんど飲まない
- 7 やめた
- 8 飲まない（飲めない）

(問15で1、2、3、4、5と答えた方にお開きします。)

(問15-1) お酒を飲む日は1日あたり、どれくらいの量を飲みますか。清酒に換算し、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 1合(180ml)未満
- 2 1合以上2合(360ml)未満
- 3 2合以上3合(540ml)未満
- 4 3合以上4合(720ml)未満
- 5 4合以上5合(900ml)未満
- 6 5合(900ml)以上

清酒1合(180ml)は、次の量にほぼ相当します。
 ビール・発泡酒中瓶1本(約500ml)、焼酎20度(135ml)、
 焼酎25度(110ml)、焼酎35度(80ml)、チューハイ7度(350ml)、
 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

- 6 -

問 16 飲酒の知識についておたずねします。「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」とは、男女それぞれ1日平均でどのくらいだと思いますか。清酒に換算[※]し、あてはまる番号をそれぞれ1つ選んで○印をつけて下さい。

※清酒1合(180ml)は、次の量にほぼ相当します。
 ビール・発泡酒中瓶1本(約500ml)、焼酎20度(135ml)、
 焼酎25度(110ml)、焼酎35度(80ml)、チューハイ7度(350ml)、
 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

- | | |
|--|--|
| <p>ア 男性の場合</p> <p>1 1合(180ml)以上 2 2合(360ml)以上 3 3合(540ml)以上 4 4合(720ml)以上 5 5合(900ml)以上 6 わからない</p> | <p>イ 女性の場合</p> <p>1 1合(180ml)以上 2 2合(360ml)以上 3 3合(540ml)以上 4 4合(720ml)以上 5 5合(900ml)以上 6 わからない</p> |
|--|--|

問 17 自分の歯[※]は何本ありますか。

※自分の歯には、親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯を含みます。親知らずを抜くと全部で28本が正常ですが、28本より多かったり少なかったりすることもあります。○本の場合は、○と書いて下さい。

自分の歯は 本ある。

問 18 かねで食べるときの状態について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 何でもかねで食べることができる
- 2 一部かめない食べ物がある
- 3 かめない食べ物が多い
- 4 かねで食べることはできない

問 19 あなたの食べ方や食事の様子についておたずねします。次のアからオの質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

| | 1. はい | 2. いいえ |
|------------------------|----------|-----------|
| ア ゆっくりよくかんで食事をする | 1 | 2 |
| イ 半年前に比べて固いものが食べにくくなった | 1 | 2 |
| ウ お茶や汁物等でむせることがある | 1 | 2 |
| エ 口の渇きが気になる | 1 | 2 |
| オ 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | 1 | 2 |

問 20 あなたのお住まいの地域についておたずねします。次のアからエの質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

| | 1. 強くそう思う | 2. どちらかといえそう思う | 3. どちらともいえない | 4. どちらかといえそう思わない | 5. 全くそう思わない |
|--|--------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| ア あなたのお住まいの地域の人々は、お互いに助け合っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| イ あなたのお住まいの地域の人々は、信頼できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ウ あなたのお住まいの地域の人々は、お互いにあいさつしている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| エ あなたのお住まいの地域では、問題が生じた場合、人々は力を合わせて解決しようとする | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ご協力ありがとうございました。

県民健康・栄養調査（平成25年～27年）

健康に関する意識調査（15歳以上の方対象）

保健所・市

| | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|-------|--|---|--|----|------|------|----|--|--|
| 地区番号 | | | | | — | | | 市郡番号 | | | | |
| 世帯番号 | | | 世帯員番号 | | | | 性別 | 1 男性 | 2 女性 | 年齢 | | |

この調査票は、15歳以上の方が回答してください。

☞以下の質問について該当する選択肢に○をつける、又は数字等を記入してください。

あなたの普段の生活についてお伺いします。

問1 あなた自身の健康への取り組みについてお伺いします。
次の項目それぞれにあてはまるものを1つ選んでください。

| 項目 | | | |
|-----------------------------|-------|--------|---------|
| ア 食事の量や内容に気をつけて食べている | 1. はい | 2. いいえ | |
| イ 労働以外の運動やスポーツなどをするようにしている | 1. はい | 2. いいえ | |
| ウ 睡眠を十分とるようにしている | 1. はい | 2. いいえ | |
| エ お酒の飲み過ぎに注意している | 1. はい | 2. いいえ | 3. 飲まない |
| オ たばこをなるべく吸わないように注意している | 1. はい | 2. いいえ | 3. 吸わない |
| カ ストレスをためないようにしている | 1. はい | 2. いいえ | |
| キ 歯科健診を受けるなど歯の健康に注意している | 1. はい | 2. いいえ | |
| ク 定期的に健康診断を受けるようにしている | 1. はい | 2. いいえ | |
| ケ 適正な体型を維持しようと思っている | 1. はい | 2. いいえ | |
| コ 仲間(家族)と健康づくりに取り組むよう心がけている | 1. はい | 2. いいえ | |

問2 あなたは普段、朝食を食べますか。1つ選んでください。

| | |
|-------------|-------------|
| 1 ほとんど毎日食べる | 2 週2～3日食べない |
| 3 週4～5日食べない | 4 ほとんど食べない |

問3 あなたは、1日に2回以上、主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが、週に何日ありますか。1つ選んでください。

「主食」とは、米、パン、めん類などの穀類です。
「主菜」とは、魚や肉、卵、大豆製品などを使った副食の中心となる料理です。
「副菜」とは、野菜などを使った料理です。

| | |
|------------|------------|
| 1 ほとんど毎日ある | 2 週に4～5日ある |
| 3 週に2～3日ある | 4 ほとんどない |

問4 あなたは普段、睡眠から目覚めた時の感じはどのようですか。1つ選んでください。

- 1 疲労感がとれてすっきりしている
- 2 十分ではないが、ある程度疲労感はとれている
- 3 疲労感が残っている

あなたの健康状態についてお伺いします。

問5 あなたはこれまでに医療機関や健診で糖尿病と言われたことがありますか。この中から1つ選んでください。

(「境界型糖尿病のようだ」、「糖尿病の気がある」、「糖尿病になりかけている」、「血糖値が高い」などのようにいわれた方も含みます。)

- 1 あり
 - 2 なし
- ※20歳未満の方は問6へ
※20歳以上の方は問7へ

【問5で 1 と答えた方にお伺いします。】

問5-1 糖尿病の治療（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む）を受けたことがありますか。この中から1つ選んでください。

- 1 今まで継続的に受けている
 - 2 過去に中断したことがあるが、現在は受けている
 - 3 過去に受けたことがあるが、現在は受けていない
 - 4 これまでに治療を受けたことがない
- ※20歳未満の方は問6へ
※20歳以上の方は問7へ

【問5-1で、3又は4と答えた方にお伺いします。】

問5-2 治療を受けていない理由はなんですか。この中から1つ選んでください。

- 1 医師から治癒したと言われたため
- 2 医師から治癒したとは言われていないが、症状が改善したため
- 3 痛みなどの自覚症状や特別な症状がないため
- 4 満足のいく治療や指導が受けられないため
- 5 医療機関までの距離が遠い、交通の便が悪いなど通院が困難なため
- 6 仕事あるいは家事が忙しいなど時間的制約のため
- 7 自己負担が高いなど経済的な理由のため
- 8 その他 ()

※20歳未満の方は問6へ
※20歳以上の方は問7へ

あなたの飲酒・喫煙状況についてお伺いします。

【20歳未満の方だけお答えください。】

問6 あなたはお酒を飲んだり、たばこを吸ったりしたことはありますか。各項目で1つ選んでください。

| 項目 | | |
|-----------|------------|------------|
| ア たばこについて | 1 吸ったことがある | 2 吸ったことはない |
| イ お酒について | 1 飲んだことがある | 2 飲んだことはない |

※問10へ

【ここから問9 問9-1 までは20歳以上の方だけお答えください。】

問7 あなたはどの位の頻度でお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか。1つ選んでください。

- 1 毎日
- 2 週5～6日
- 3 週3～4日
- 4 週1～2日
- 5 月に1～3日
- 6 やめた(1年以上やめている)
- 7 ほとんど飲まない(飲めない)

【問7で1、2、3、4、5と答えた方にお伺いします。】

問7-1 あなたがお酒を飲む日は1日あたりどの位の量を飲みますか。清酒に換算し、1つ選んでください。

- 1 1合()未満
- 2 1合以上2合()未満
- 3 2合以上3合()未満
- 4 3合以上4合()未満
- 5 4合以上5合()未満
- 6 5合()以上

※清酒1合()は、次の量にほぼ相当します。
ビール・発泡酒中瓶1本(約)、
焼酎 度()、焼酎 度()、
焼酎 度()、チュウハイ7度()、
ウィスキーダブル1杯()、
ワイン2杯()

問8 あなたはこれまでにたばこを吸ったことがありますか。この中から1つ選んでください。

- 1 現在吸っている
- 2 過去に吸っていたがやめた
- 3 まったく吸ったことがない → 問10へ

【問8で1、2と答えた方にお伺いします。】

問8-1 たばこを 日何本くらい、何年間くらい吸っていますか(吸っていましたか)。数字でお答えください。

喫煙本数 日 本くらい 喫煙年数 年くらい

問9 あなたは現在(この1ヶ月間)、たばこを吸っていますか。1つ選んでください。

- 1 毎日吸う
- 2 ときどき吸っている
- 3 今は(この1ヶ月間)吸っていない → 問10へ

【問9で、1又は2と答えた方にお伺いします。】

問9-1 あなたはたばこをやめたいと思いますか。

- 1 やめたい
- 2 本数を減らしたい
- 3 やめたくない
- 4 特に考えていない

健康づくりに関する情報・活動等についてお伺いします。

問15 あなたは、次の言葉を知っていますか。また、その意味を知っていますか。次の各項目にあてはまるものを1つ選んでください。

| 項目 | | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------|------------|
| ア 慢性閉塞性肺疾患() | 1 言葉も意味も知っている | 2 聞いたことはあるが意味は知らない | 3 聞いたことがない |
| イ ロコモティブシンドローム(運動器症候群) | 1 言葉も意味も知っている | 2 聞いたことはあるが意味は知らない | 3 聞いたことがない |
| ウ 健康寿命(健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間) | 1 言葉も意味も知っている | 2 聞いたことはあるが意味は知らない | 3 聞いたことがない |

問16 あなたがこの1年間に行ったボランティア活動 近隣への手助け・支援を含むのうち、健康づくりに関係したものはありますか。あてはまる番号をすべて選んでください。(ここでは、必ずしも無償に限らず、実費や謝礼をもらう等、有償のものも含めてお考えください。)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 食生活などの生活習慣の改善のための活動 2 スポーツ・文化・芸術に関係した活動 3 まちづくりのための活動 4 子どもを対象とした活動 5 高齢者を対象とした活動 6 防犯・防災に関係した活動 7 自然や環境を守るための活動 8 上記以外の活動() 9 健康づくりに関係したものは無い・ボランティア活動はしていない |
|--|

問17 あなたは、次の計画について知っていますか。次の各項目にあてはまるものを1つ選んでください。

| 項目 | | |
|---------------------------------------|---------|--------|
| ア 神奈川県健康増進計画 「かながわ健康プラン21(第2次)」 | 1 知っている | 2 知らない |
| イ 神奈川県歯科保健計画 「神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進計画」 | 1 知っている | 2 知らない |

問18 あなたは、次の“県民の行動目標”を知っていますか。次の各項目にあてはまるものを1つ選んでください。

| 項目 | | |
|---|---------|--------|
| ア 《県民の健康づくりに関する行動目標》 「(新)かながわ健康づくり10か条」 | 1 知っている | 2 知らない |
| イ 《県民の歯の健康づくりに関する行動目標》 けんこう 「健口かながわ5か条」 | 1 知っている | 2 知らない |

ご協力ありがとうございました。

県民健康・栄養調査報告書

平成25－27年

平成29年6月

神奈川県保健福祉局保健医療部健康増進課

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通1

TEL 045-210-1111

FAX 045-210-8857