

あなたの食習慣についておたずねします 最近1か月間の食習慣について、お答え下さい

たくさん質問がありますが、あまり考え込まずに、第一印象でお答えくださいね。

- 質問の内容が難しい場合には、あなたの家庭で食事の準備をおもにしているひとと一緒に考えながら、答えてください。
- すべての質問にお答えいただいた場合には、あなたご自身の健康維持・増進に役立てていただけるように、簡単な結果【あなたの食事・栄養の特徴】をご希望の方にお返しします。



お答えいただいた内容は、食べ物と健康との関連を明らかにし、だれもが健康な生活を送れるようにするための貴重な資料として活用させていただきます。その場合、結果はたくさんのひとたちの平均値などの数値として公表されます。あなた個人がわかるような形で公表されることは絶対にありません。

【記入の仕方】

- ・太い黒の鉛筆でご記入ください。
- ・この用紙は機械で読み取ります。文字は枠線にかからないように丁寧に記入ください。

数字の記入例

0 / 2 3 4 5 6 7 8 9

✓の記入例

- ・枠線の中にある3点を結んでください。
- ・まわりの枠線に線がふれないようにご記入ください。

良い例 悪い例



備考欄

担当者記入欄

- ・ID1は必ず数字でご記入ください。(記号・アルファベットは不可)
- ・IDは、「左詰めでも右詰めでも可」

ID1

--	--	--	--	--	--	--	--

<女性の方のみ>

妊娠中・授乳中の方は下記該当に記載（もしくはチェック）下さい。

妊娠 週目 授乳中

必ずご記入ください。

性別(✓を記入)		生年月日(年号は✓を記入) (生年月日は和暦ですのでご注意ください)							
男性	女性	大正	昭和	平成	年	月	日		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
西暦 今日(この質問に答える日)の日付				身長		体重			
20	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？
 もっともあてはまる回答をひとつ選んで、✓を記入してください。

2

枠線の中にある 3点を結んで ください。	コップ1杯くらいの牛乳・ヨーグルト1人前		鶏肉 (挽き肉を含む)	豚肉・牛肉・羊肉 (挽き肉を含む)	ハム・ソーセージ・ ベーコンなどの加工肉	レバー
	低脂肪	普通・高脂肪				
良い例 ✓	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
悪い例 ✗ ○	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

飲まなかったり、食べなかった場合は、ここに✓を記入してください

いか・たこ・ えび・貝	骨ごと食べる魚	ツナ缶 (まぐろの油漬け)	魚の干物・塩蔵魚・ 魚介練り製品 (塩さば・塩鮭・ あじの干物・ ちくわ・ かまぼこなど)	脂が乗った魚 (いわし・さば・ さんま・ぶり・ にしん・うなぎ・ まぐろトロなど)	脂が少なめの魚 (さけ・ます・ 白身の魚・淡水魚・ かつおなど)	たまご (鶏の卵1個程度)
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

とうふ・厚揚げ・ 豆乳	納豆	いも (すべての種類)	漬け物		生(サラダ) レタス・ キャベツ千切りなど (トマトは除く)	トマト・ トマトケチャップ・ トマト煮込み・ トマトシチュー
			緑の濃い 葉野菜	その他すべて (梅干は除く)		
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

料理に使った野菜(漬け物・サラダ以外)					きのこ (すべての種類)	海藻 (すべての種類) (だし用は除く)
緑の濃い葉野菜 (ブロッコリー・ ゴーヤーを含む)	キャベツ・白菜	にんじん・ かぼちゃ	だいこん・かぶ	その他の根菜すべて (たまねぎ・ごぼう・ れんこんなど)		
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？もっともあてはまる回答をひとつ選んで、Vを記入してください。

肉を使った料理(ハム・ソーセージなどの肉加工品も含む)

焼肉・ステーキ・グリル	ハンバーグ・カレー・ミートソースなど洋風の料理	揚げ物・てんぷら 〔定食一人前程度の量〕	炒め物	和風の煮物・鍋物・どんぶり物・汁物・みそ汁
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、Vを記入してください。

お肉(牛肉や豚肉)の脂身は

好んで食べていた

やや好んで食べていた

好きでも嫌いでもない

あまり食べなかった

ほとんど食べなかった

魚を使った料理(いか・たこ・えび・貝も含む)

さしみ・すし 〔定食一人前程度の量〕	焼き魚	煮魚・鍋物・汁物・みそ汁	てんぷら・揚げ魚 〔定食一人前程度の量〕
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

麺類のスープ・汁を飲む量は	家庭での味付けは 外食と比べて
<input type="checkbox"/> ほとんど全部	<input type="checkbox"/> 薄口
<input type="checkbox"/> 8割くらい	<input type="checkbox"/> 少し薄口
<input type="checkbox"/> 4~6割	<input type="checkbox"/> 同じくらい
<input type="checkbox"/> 2割くらい	<input type="checkbox"/> 少し濃い口
<input type="checkbox"/> ほとんど飲まなかった	<input type="checkbox"/> 濃い口

食事のときに使うしょうゆ・ソース		外食の定食1人前と、自分が普段食べている量を比べると		食べる速さは
頻度は	量は	おかずの量は	ごはんの量は	
<input type="checkbox"/> 必ず使う	<input type="checkbox"/> かなり多め	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり速い
<input type="checkbox"/> よく使う	<input type="checkbox"/> やや多め	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや速い
<input type="checkbox"/> ときどき使う	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> ほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> ほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> ふつう
<input type="checkbox"/> ほとんど使わない	<input type="checkbox"/> やや少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや遅い
<input type="checkbox"/> まったく使わない	<input type="checkbox"/> かなり少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり遅い

季節によって食べ方が大きくちがう食べ物

この1年間でもっともよく食べた季節を思い出して、その頃の食べ方についてお答えください。

みかんなどの柑橘(かんきつ)類	かき(柿)	いちご
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、Vを記入してください。

この1か月に栄養補助食品を 使いましたか	最近、食事習慣を 意識的に変えましたか	現在、医師、栄養士、 その他専門家の指導のもとで、 食事のコントロールを していますか	この質問票に おもに答えたひとは
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回		
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回		
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回		
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回		
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満		
<input type="checkbox"/> 使わなかった	<input type="checkbox"/> いいえ		

身体状況・健康意識・歯科保健調査票
北海道

問1 あなたは、ふだん健康だと感じていますか。該当する番号を1つ選んで▼をつけてください。

1. 健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康ではない 4. 健康ではない

問2 あなたは、ふだん保健や医療に関する情報（健康情報から制度・施策情報までの全般的な情報）を何から得ていますか。該当する全ての番号を選んで▼をつけてください。

1. テレビ
 2. 新聞
 3. インターネット（SNSを除く）
 4. SNS（ツイッター、フェイスブック等）
 5. 市町村等の広報紙
 6. 保健所・保健センターなどの公的な相談機関
 7. 家族・友人・知人からの情報
 8. その他
 9. 特になし

問3 あなたは、ふだん健康のために、どのような事柄を実行していますか。該当する全ての番号を選んで▼をつけてください。

1. 規則正しく朝・昼・夕の食事をとっている
 2. バランスのとれた食事をしている
 3. うす味のもの食べている
 4. 食べ過ぎないようにしている
 5. 適度に運動・スポーツ（ウォーキングを含む）をするか身体を動かしている
 6. 睡眠を十分にとっている
 7. たばこを吸わない
 8. お酒を飲み過ぎないようにしている
 9. ストレスをためないようにしている
 10. その他
 11. 特に何もしていない

問4 あなたは、ご自身の身長からみた適正体重を知っていますか。
該当する番号を1つ選んで をつけてください。

1. 知っている → **補問4-1** へ 2. 知らない → **問5** へ

※適正体重とは、BMI(Body Mass Index): 体重 (kg) / (身長 (m))² が
普通 (18.5 以上 25.0 未満) をさします。

補問4-1 あなたは、現在、適正体重に近づけよう、あるいは適正体重を維持しようと心がけていますか。
該当する番号に をつけてください。

1. はい 2. いいえ

問5 あなたの平日の平均的な食事状況 (朝食・昼食・夕食) について、次の表から該当する数字 (1~8) を
1つ選んで に記入してください。

朝食	昼食	夕食
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	家庭食 (家庭で作った食事やお弁当を食べた場合)
2	調理済み食 (すでに調理された惣菜などを買ってきたり、出前をとって家庭で食べた場合)
3	外食 (飲食店での食事及び家庭以外の場所で出前をとったり市販のお弁当を買って食べるなど、 <u>家庭で調理をせず、食べる場所も家庭ではない場合</u>)
4	寄宿舎や寮等で提供される食事
5	職場給食 (社員食堂を含む)
6	菓子・果物・乳製品・嗜好飲料などの食品のみ食べた場合
7	錠剤・カプセル・顆粒状のビタミン・ミネラル、栄養ドリンク剤のみの場合
8	何も口にしなかった場合 (水のみ飲んだ場合も含む)

※「家庭食」と「調理済み食」を組み合わせる場合はメインのおかずがどちらかによって選んでください。

※食事をとらない場合も「6」～「8」から該当する番号を記入してください。

問6 あなたは、ご自身にとって適切な食事内容・量を知っていますか。
該当する番号を1つ選んで をつけてください。

1. 知っている 2. 知らない

問7

あなたは、ふだん外食（スーパー、コンビニの弁当類を含む）をしていますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

07

1. 1日に2回以上外食する 2. 1日に1回外食する 3. 週に4～5回外食する
 4. 週に2～3回外食する 5. ほとんど外食しない

問8

あなたは、加工食品や外食の栄養成分表示をどの程度利用されていますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. 常に見て、食事内容の調整をしている 2. 時々見て利用している
 3. 何度か見たことがある 4. ほとんど見ない
 5. 知らない

問9

あなたの運動習慣についてお答えください。

ア 及び イ は数字を右づめで記入し、ウ は該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

（運動とは、スポーツ（ウォーキングを含む）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・定期的に行うものを言います）

ア 1週間の運動日数※ ※運動を行わなかった場合は、「0」と記入して下さい。	<input type="text"/> 日 → 0日の場合は 問10 へ
イ 運動を行う日の平均運動時間	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分
ウ 運動の継続年数	<input type="checkbox"/> 1. 1年未満 <input type="checkbox"/> 2. 1年以上

問10

あなたは、ふだんウォーキングアプリや歩数計を活用していますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. あり → **補問10-1** へ 2. なし → **問11** へ

補問10-1

あなたは1日にどのくらい歩きますか。

平日の平均的な歩数を右づめで記入してください。

約 歩

問11

あなたは、この1か月間に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどがありましたか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. 大いにある 2. 多少ある 3. あまりない 4. まったくない

問12 あなたは、いつもとっている睡眠で休養が充分とれていると思いますか。
該当する番号を1つ選んで **v** を付けてください。

- 1. 充分とれている
- 2. 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
- 5. わからない

問13 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。
該当する番号を1つ選んで **v** を付けてください。

- 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14 あなたは、たばこを吸いますか。該当する番号を1つ選んで **v** を付けてください。

- 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
- } → **補問14-1** ^
- } → **問15** ^

補問14-1 現在あなたが吸っているたばこ製品について、該当する番号を1つ選んで **v** を付けてください。

- 1. 紙巻たばこ
 - 2. 紙巻きたばこと加熱式たばこの併用
 - 3. 加熱式たばこ*
 - 4. その他
- } → **補問14-2** ^
- } → **補問14-3** ^

※加熱式たばことは、たばこ葉やたばこ葉を用いた加工品に火を点けずに、電気ヒーターで加熱などして吸う、新しいタイプのたばこです。たばこ葉の入った専用のスティック等を、専用の装置にセットして使用します。

補問14-2 あなたは、通常、1日に何本紙巻たばこを吸いますか。
本数を右づめで記入してください。
(「ときどき吸う方」は吸うときの1日の本数をお答えください)

本/日

補問14-3 たばこをやめたいと思いますか。該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

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15 あなたは、COPD(シー・オー・ピー・ディー)という病気を知っていますか。該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. どんな病気がよく知っている 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らない

問16 あなたは、この1ヶ月間に、望まずに自分以外の人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。次のアからサのすべての場所について、該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。ただし、自らが喫煙を目的に、喫煙所等で受けた受動喫煙は除きます。

	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 無かった	6 行かな かった
ア 家庭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 職場	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ 学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ 飲食店	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ 遊技場 (ゲームセンター・パチンコ・競馬場など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ 行政機関 (市役所・町村役場・公民館など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
キ 商業施設 (スーパー・デパートなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ク 医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ケ 公共交通機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コ 路上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サ 子供が利用する屋外の空間 (公園・通学路など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問17 あなたは、受動喫煙について知っていますか。該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. あまり知らない 4. 全く知らない

問18 あなたは、「北海道受動喫煙防止条例」の内容を知っていますか。

あてはまる全ての番号を選んで **v** を付けてください。

- 1. 受動喫煙で健康を損なうおそれが高い20歳未満や妊婦の方に特に配慮しなければならないこと
- 2. スーパー、コンビニ、事務所等の屋外の喫煙器具等の設置場所に配慮しなければならないこと
- 3. 公園等の屋外に喫煙場所を設置する場合、明確に区画するなどの措置を講じなければならないこと
- 4. 従業員等に対して受動喫煙を生じさせないようにしなければならないこと
- 5. 飲食店・喫茶店の店内が禁煙の場合、禁煙である旨の表示をしなければならないこと（令和2年7月から）
- 6. 保育所、幼稚園、学校等の敷地内に喫煙場所を設けないようにしなければならないこと（令和3年4月から）
- 7. 条例の名前は聞いたことがあるが、内容はよく知らない
- 8. 全く知らない

問19 あなたは、北海道が行う受動喫煙防止対策として、今後、どのような取組が重要だと思えますか。

あてはまる全ての番号を選んで **v** を付けてください。

- 1. 受動喫煙が人の健康に及ぼす悪影響などを道民に広く知っていただく取組
- 2. 道民や企業、団体の受動喫煙防止対策の学習機会の確保
- 3. 20歳未満や妊婦の方の受動喫煙に対する理解を深める取組
- 4. 市町村や企業、団体に対する受動喫煙防止対策に関する情報の提供等
- 5. 企業や団体の受動喫煙防止対策の実施状況の把握
- 6. その他

問20 あなたは、週に何日くらいお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲みますか。

該当する番号を1つ選んで **v** をつけてください。

- 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. 年に数日程度（月に1日までいかない）
 - 7. 以前飲んだが今は全く飲まない
 - 8. 以前からまったく飲まない
- } → **補問20-1** へ
- **問21** へ

補問20-1 おおよそ1日にどのくらいの量を飲みますか、または飲んでいましたか。
(右つめで記入してください)

平均	ビール中びん (500ml)	<input type="text"/>	本 / 日	飲酒歴 <input type="text"/> 年
	日本酒・ワイン	<input type="text"/>	合 / 日*	
	※1合は約180mlに相当します。			
	焼酎 <input type="text"/> 度	<input type="text"/>	ml / 日	
	ウイスキー	<input type="text"/>	ml / 日	

問21 あなたのこの1ヶ月間における体重及び生活習慣は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により変化がありましたか。

次の ア から サ について、それぞれ該当する番号を1つ選んで **▼** をつけてください。

	1 増えた	2 変わらない	3 減った	4 ^{※1} もともとない
ア 体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
イ 外食（飲食店での食事）の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ 持ち帰りの弁当や惣菜の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ フードデリバリーサービスの利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ 1日当たりの睡眠時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
カ 1週間当たりの喫煙の頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
キ 1日に吸うたばこの本数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ク 1週間当たりの飲酒の日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ケ 1日当たりの飲酒の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コ 1週間当たりの運動※2 日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サ 運動※2 を行う日の平均運動時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※1 もともとその習慣がない場合は、「4 もともとない」を選択してください。

※2 運動とは、スポーツ（ウォーキングを含む）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・定期的に行うものを言います。

問22 あなたは、友人・知人と連絡する機会はどのくらいありますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。(連絡方法は電話、メール、手紙など何でも構いません)

1. 週に3回以上 2. 週に1～2回 3. 月に1～2回
 4. 年に数回 5. なし

問23 あなたは、家族や親戚と連絡する機会はどのくらいありますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。(連絡方法は電話、メール、手紙など何でも構いません)

1. 週に3回以上 2. 週に1～2回 3. 月に1～2回
 4. 年に数回 5. なし

問24 あなたは、歯磨きの際に歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ®を含む)を使っていますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. 毎日使っている
 2. 時々使っている(頻度：1週間のうち1日～6日)
 3. たまに使っている(頻度：1か月のうち数日)
 4. 使っていない

問25 あなたは、歯科医療機関等で定期的(1年間に1回以上)に歯科健康診査を受けていますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1. はい
 2. いいえ

問26 あなたの歯や歯ぐきの状態についておたずねします。
次のア および イ の項目について、該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

ア 歯をみがくと血がでますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
イ 歯ぐきが腫れてプヨプヨしますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ

問27 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

- 1. なんでもかんで食べることができる
- 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
- 3. ほとんどかめない

問28 自分の歯は何本ありますか。□□の中に本数を右つめで記入してください。
※歯を抜いたことがない人は通常28本あります。かぶせた歯、さし歯、根だけ残っている歯も本数に含めます。親知らず、入れ歯、インプラントは含みません。

自分の歯は 本ある

問29 次の言葉を知っていますか。
次の ア から ウ の項目について、該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

- ア 8020（ハチマルニイマル）運動
- 1. 知らない 2. 聞いたことはある 3. 内容を知っている
- イ 北海道歯・口腔の健康づくり8020推進週間
- 1. 知らない 2. 聞いたことはある 3. 内容を知っている
- ウ オーラルフレイル
- 1. 知らない 2. 聞いたことはある 3. 内容を知っている

問30 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 の項目について、該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

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

問31 あなたの主な仕事の種類は何ですか。該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。

1 4

- 1. 自営業（農林漁業及びその家族従事者）
- 2. 自営業（商工サービス及びその家族従事者）
- 3. 自由業（専門的な知識や才能に基づく職業への従事者で、雇用関係から独立した職業分野（開業医、弁護士、芸術家など））
- 4. 事務職系（一般事務、教員、看護師、技術者）
- 5. 労務職系（技能員、販売員、セールス外交員など）
- 6. 主婦・主夫
- 7. 学生
- 8. 無職

問32 あなたの世帯の過去1年間の年間収入（税込み）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✓をつけて下さい。

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 収入なし | <input type="checkbox"/> 6. 200～299万円 | <input type="checkbox"/> 11. 700～799万円 |
| <input type="checkbox"/> 2. 50万円未満 | <input type="checkbox"/> 7. 300～399万円 | <input type="checkbox"/> 12. 800～999万円 |
| <input type="checkbox"/> 3. 50～99万円 | <input type="checkbox"/> 8. 400～499万円 | <input type="checkbox"/> 13. 1000～1499万円 |
| <input type="checkbox"/> 4. 100～149万円 | <input type="checkbox"/> 9. 500～599万円 | <input type="checkbox"/> 14. 1500万円以上 |
| <input type="checkbox"/> 5. 150～199万円 | <input type="checkbox"/> 10. 600～699万円 | <input type="checkbox"/> 15. わからない |

問33 あなたは、過去1年間に、健診（健康診断や健康診査）や人間ドックを受けたことがありますか。該当する番号を1つ選んで✓をつけてください。ただし、がんのみの検診、妊産婦健診、歯の健康診査、病院や診療所で行う診療としての検査は、健診に含みません。

- 1. 受けた → **補問33-1** 問35 へ
- 2. 受けなかった → 問34 へ
- 3. 今後、受けるつもりである → 問35 へ

補問33-1 あなたが受けた健康診断の腹囲と血圧についてそれぞれ右づめで記入してください。

腹囲 (へその高さ)	1. <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> 2. わからない
血圧	1. 収縮期（最高） <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mmHg	<input type="checkbox"/> 3. わからない
	2. 拡張期（最低） <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mmHg	

問34 あなたは、どのような理由で健診を受けなかったのですか。
あてはまる全ての番号を選んで を付けてください。

- 1. 知らなかったから
- 2. 時間がとれなかったから
- 3. 場所が遠いから
- 4. 費用がかかるから
- 5. 検査等（採血、胃カメラ等）に不安があるから
- 6. その時、医療機関に入通院していたから
- 7. 毎年受ける必要性を感じないから
- 8. 健康状態に自信があり、必要性を感じないから
- 9. 心配な時はいつでも医療機関を受診できるから
- 10. 結果が不安なため、受けたくないから
- 11. めんどうだから
- 12. その他

問35 あなたは、これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがありますか。
該当する番号を 1つ 選んで を付けてください。（「境界型である」、「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 → **補問35-1** **補問35-2** へ 2. なし → 以上で質問は終了です

補問35-1 食事や運動などの生活習慣を改めましたか。
該当する番号を 1つ 選んで を付けてください。

1. いいえ 2. 多少は改めた 3. 改めた

補問35-2 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。該当する番号を 1つ 選んで を付けてください。

1. 過去から現在にかけて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 } → 以上で質問は終了です
 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 } → **補問35-3** へ

補問35-3 治療を受けていない理由はなんですか。該当する番号をすべて選んで をつけてください。

- 1. 自己負担の割合が高いなど経済的な理由のため
- 2. 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
- 3. 仕事あるいは家事が忙しいなど時間的制約のため
- 4. 痛みなどの自覚症状や特別な症状がないため
- 5. 治療するのが面倒であるため
- 6. 満足のいく治療や指導が受けられないため
- 7. 血糖値、HbA1cの値が改善したため
- 8. その他

※ 記入もれがあると、個人結果をお返しすることができなくなります。

記入もれがあった際にはお電話で再度聞き取りさせていただくことがありますので
ご承諾いただける方はお電話番号を記入ください。(任意)

	-		-	
--	---	--	---	--

以上で質問は終了です。

調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。