

a

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

b

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

c

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

**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。
- 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いっしょに考えながら、答えてください。

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。



【書き方】

- 太い黒の鉛筆、或いはボールペンで記入してください。
- 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。

<p>V の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> • 枠線の中にある3点を結んで下さい。 • まわりの枠線に線が触れないようにチェック V をご記入ください。 	<p>良い例</p> <div style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></div> <p>悪い例</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> </div>	<p>数字の記入例</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4								
5	6	7	8	9								

濃く、ていねいに

今日（この質問票に答える日）の日付

平成

--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日



では、スタート！

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、チェックしてください。

0 0 2

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 (挽き肉を含む)
低脂肪	普通・高脂肪		
<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"/> 飲まなかった /食べなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった /食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

ハム・ソーセージ ・ベーコン	レバー	いか・たこ ・えび・貝	骨ごと食べる魚
<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

ツナ缶 (まぐろの油漬)	魚の干物・塩蔵魚 (塩さば・塩鮭 ・あじの干物など)	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)
<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

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、チェックしてください。

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るひとは
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 3年以上前 <input type="checkbox"/> 1～2年前 <input type="checkbox"/> 1年前以内 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> その他

あなたに適した食事量を計算するために必要です。必ずご記入ください。

性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治・大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm		体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	
<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 <input type="text"/> <input type="text"/> 週目 <input type="checkbox"/> 授乳中			