

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22年11月1日現在)都道
府県

保健所

【身体計測】

(1) 身長 (6歳以上) . c m(2) 体重 (6歳以上) . k g(3) 腹囲 (6歳以上) . c m
(へその高さ)

- 1 調査員が測定
-
- 2 家庭で測定 (自己申告)
-

(4) 血圧 (15歳以上)

1回目 収縮期(最高) 拡張期(最低)

 mmHg mmHg

2回目 収縮期(最高) 拡張期(最低)

 mmHg mmHg

(5) 血液検査実施の有無 (20歳以上)

(検査項目は裏面に記載)

- 1 有
-
- 2 無
-

【問診】 (20歳以上)

(6) 現在、a からfの薬の使用の有無

1 有 2 無

- (a) 血圧を下げる薬
-
-
- (b) 脈の乱れを治す薬
-
-
- (c) インスリン注射または
-
- 血糖を下げる薬
-
-
- (d) コレステロールを下げる薬
-
-
- (e) 中性脂肪(トリグリセリド)
-
- を下げる薬
-
-
- (f) 貧血治療のための薬(鉄剤)
-

(7) 運動

- 1 健康上の理由で運動が出来ない
-
-
- 2 上記以外の理由で運動が出来ない
-
-
- 3 運動の習慣有り*
-

3に回答した方

(a) 1週間の運動日数 日(b) 運動を行う日の平均運動時間
 時間 分

(c) 運動の強さ

- 1 高強度(かなり息の乱れる運動)
-
-
- 2 中強度(少し息の乱れる運動)
-
-
- 3 低強度(あまり息の乱れない運動)
-

注) 1日の運動量(歩行数) (15歳以上)
(栄養摂取状況調査票の記入事項確認)※ 「運動の習慣有り」とは、現在、継続的に
次の3項目全てに該当する者をいう。
運動の実施頻度として、週2日以上
運動の持続時間として、30分以上
運動の継続期間として、1年以上

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(トリグリセリド)
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-GTP
20	尿酸

統計法に基づく一般統計調査

平成22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

都道府県 保健所

調査員氏名

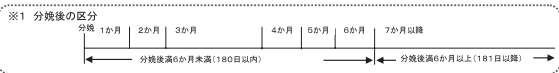
確認者氏名

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			身体状況調査項目		*調査員記入欄 <small>(ここには、記入しないで下さい)</small>	
1. 世帯員番号	2. 氏名	3. 生年月日	4. 性別	5. 妊娠・授乳 ※1 分娩後の区分 参照	6. 仕事の種類	朝	昼	夕		一日の運動量(歩行数) (15歳以上)
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	1 妊娠している <input type="text"/> 週 2 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>
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 分娩後満6か月未満で現在授乳している 3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない 4 分娩後満6か月以上で現在授乳している	<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 <small>(いずれかに、レ印をつけて下さい)</small>



統計法に基づく一般統計調査

平成22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22年11月1日現在)

都道府県 保健所

厚生労働省

問1 あなたはふだん朝食を食べますか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 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2 あなたはふだんの食事で1日あたり「あと1皿程度、野菜を増やすこと」についてどう考えますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 生野菜サラダを1皿程度なら増やせると思う
- 2 お浸しや煮物を1皿程度なら増やせると思う
- 3 野菜が好きではないから増やせないと思う
- 4 値段が高いから増やせないと思う
- 5 自分で食事の準備をしないから増やせないと思う
- 6 外食が多いから増やせないと思う
- 7 現在、野菜を十分に食べているから増やせないと思う
- 8 あてはまるものがない

問3 あなたはふだんの生活において、歩行、そうじ、階段のぼりおり、子ども遊ぶなど身体を動かしていますか。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
- 2 ときどきしている
- 3 あまりしていない
- 4 ほとんどしていない

問4 あなたはふだんの生活で1日あたり歩数を「あと1,000歩増やすこと」についてどう考えますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 意識的に歩くように心がければ増やせると思う
- 2 家でよく身体を動かすようにすれば増やせると思う
- 3 歩くことが好きではないから増やせないと思う
- 4 時間がないから増やせないと思う
- 5 歩く場所がないから増やせないと思う
- 6 面倒だから増やせないと思う
- 7 病気など健康上の理由から増やせないと思う
- 8 現在、十分に歩いているから増やせないと思う
- 9 あてはまるものがない

-1-

問5 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6 ここ1ヶ月間、あなたは寝床に入っても、寝付きが悪い、途中で目が覚める、朝早く目覚める、熟睡できないなど、眠れないことがありますか。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 ときどきある
- 3 めったにない
- 4 まったくない

問7 あなたは歯の健康づくりのために、次の器具を使用していますか。
あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。

- 1 歯ブラシ
- 2 歯間ブラシ
- 3 舌ブラシ
- 4 デンタルフロス・糸(付)ようじ
- 5 使用していない(ゆすぐのみなど)

問8 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。)

自分の歯は 本ある

問9 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 ときどきある
- 3 めったにない
- 4 まったくない

問10 あなたはこの1ヶ月間に自分以外の人が吸っていたタバコの煙を吸う機会(受動喫煙)がありましたか。次のアからカの質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

	1. ほぼ毎日	2. 週に数回	3. 週に1回	4. 月に1回	5. 全くなか	6. 行かなか
	程度	程度	程度	程度	った	った
ア 家庭	1	2	3	4	5	
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 その他 (市役所、病院、 公共交通機関など)	1	2	3	4	5	6

問11 あなたはこれまでにタバコを吸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 合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている(吸っていた)
- 2 吸っている(吸ったことはある)が合計100本未満で6ヶ月未満である → 問12へ
- 3 まったく吸ったことがない → 問13へ

(問11-1) あなたは、通常、1日に何本タバコを吸いますか(吸っていましたか)。
(「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11-2) 何歳の時から習慣的にタバコを吸うようになりましたか。
() 歳

-2-

-3-

問 12 現在(この1ヶ月間)、あなたはたばこを吸っていますか。
あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 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 12-1) 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

問 12-2 は、問 12 で「3 今は(この1ヶ月間)吸っていない」と答えた方のみお答え下さい。

(問 12-2) あなたがたばこを最後に吸ったのは、何歳の時でしたか。
() 歳

問 13 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 やめた(1年以上やめている) → 問 14 へ
- 7 ほとんど飲まない(飲めない) → 問 16 へ

(問 13 で 1、2、3、4、5 と答えた方にお聞きします。)

(問 13-1) 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2.0度(135ml)、
焼酎2.5度(110ml)、焼酎3.5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)

-4-

問 14 あなたはこれまでに飲酒が原因で肝機能障害を指摘され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 ある
- 2 ない
- 3 わからない

(問 14-1) 肝機能障害の治療を受けたことはありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 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
- 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

問 15 あなたの飲酒が原因で、これまでにあなた自身か他の誰かがケガをしたことがありますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。

- 1 ある
- 2 ない

問 16 あなたはこの1年間に家庭で体重を測定し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 ある
- 2 ない
- 3 わからない

(問 16-1) どのくらいの頻度で測っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 ほぼ毎日(週に6日以上)
- 2 週に3～5日
- 3 週に1～2日
- 4 月2～3日
- 5 月に1回以下

問 17 あなたはこれまでに医療機関や健診で内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。

- 1 あり
- 2 なし

-5-

問 18 あなたはこの1年間に家庭で血圧を測定し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 ある
- 2 ない
- 3 わからない

(問 18-1) どのくらいの頻度で測っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 1 ほぼ毎日(週に6日以上)
- 2 週に3～5日
- 3 週に1～2日
- 4 月2～3日
- 5 月に1回以下

問 19 あなたはこれまでに医療機関や健診で高血圧(血圧が高い)といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。

- 1 あり
- 2 なし → 問 20 へ

(問 19-1) 何歳の時に初めて高血圧といわれましたか。

- 1 () 歳
- 2 わからない

(問 19-2) 高血圧の治療(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。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 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
- 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

-6-

問 20 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。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。
(「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
- 2 なし → 問 21 へ

(問 20-1) 何歳の時に初めて糖尿病といわれましたか。

- 1 () 歳
- 2 わからない

(問 20-2) 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。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 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
- 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

問 21 あなたはこれまでに医療機関や健診で血中コレステロール(総コレステロールまたはLDLコレステロール)が高いといわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。

- 1 あり
- 2 なし → 問 22 へ

(問 21-1) 何歳の時に初めて血中コレステロールが高いといわれましたか。

- 1 () 歳
- 2 わからない

(問 21-2) 血中コレステロールの治療(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。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。

- 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
- 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

-7-

<p>問 22 あなたは医師から脳卒中（脳梗塞、脳血栓、脳塞栓、脳出血、くも膜下出血）といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 あり 2 なし → 問 23 へ</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p>(問 22-1) 最初に発症したのは何歳の時ですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 () 歳 2 わからない</p> <p>問 23 あなたは医師から心筋梗塞といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 あり 2 なし → 問 24 へ</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p>(問 23-1) 最初に発症したのは何歳の時ですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 () 歳 2 わからない</p> <p>問 24 あなたは医師から狭心症といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 あり 2 なし → 問 25 へ</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p>(問 24-1) 最初に発症したのは何歳の時ですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 () 歳 2 わからない</p> <p>問 25 あなたはこれまでに医師から腎臓病または腎機能が低下しているといわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 あり 2 なし → 問 26 へ</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p>(問 25-1) その原因は何といわれましたか。あてはまる番号を1つ選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 糖尿病性腎症 2 慢性糸球体腎炎</p> <p style="margin-left: 40px;">3 その他の腎臓病 4 わからない</p>	<p>問 26 あなたは現在高血圧や糖尿病、高コレステロール、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）等の予防・改善を目的とした生活習慣の改善に取り組んでいますか。あてはまる番号を1つ選んで〇印をつけて下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">1 はい 2 いいえ</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p style="margin-left: 40px;">問 27 へ</p> <p>(問 26-1) 取り組んでいない理由として、あてはまる番号をすべて選んで〇印をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 自分の健康に自信がある 2 病気の自覚症状がない 3 病気になってから治療をすればよい 4 生活習慣を改善することがストレスになる 5 生活習慣を改善する時間的ゆとりがない 6 生活習慣を改善する経済的ゆとりがない 7 社会的な環境（運動施設、栄養成分表示がないなど）が整っていない 8 面倒だから取り組まない 9 あてはまるものがない
<p style="text-align: center;">-8-</p>	<p style="text-align: center;">-9-</p>
<p>問 27 あなたは高血圧や糖尿病、高コレステロール、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の予防・改善のために普段の生活で心がけていることがありますか。あてはまる番号すべて選んで〇印をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 食べ過ぎないようにしている（カロリー制限している） 2 塩分を取りすぎないようにしている（減塩している） 3 脂肪（あぶら分）を取りすぎないようにしている 4 甘いもの（糖分）を取りすぎないようにしている 5 野菜をたくさん食べるようにしている 6 肉に偏らず魚を取るようにしている 7 お酒（アルコール）を飲み過ぎないようにしている 8 運動をするようにしている 9 睡眠で休養を充分にとるようにしている 10 気分転換・ストレス解消をするようにしている 11 あてはまるものがない <p>問 28 健康寿命とは、「日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間」のことです。あなたはこの「健康寿命」という言葉を知っていましたか。あてはまる番号を1つ選んで〇印をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 言葉も意味も知っていた 2 言葉は知っていたが、意味は知らなかった 3 言葉も意味も知らなかった（今回の調査で初めて聞いた場合を含む） <p>【世帯主 または 世帯を代表する方は、引きつづきの問 29 にもお答え下さい。】</p> <p>問 29 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つ選んで〇印をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 200 万円未満 2 200 万円以上～600 万円未満 3 600 万円以上 4 わからない <p style="text-align: center;">ご協力ありがとうございました。</p>	<p style="text-align: center;">-10-</p>

