



政府統計

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 年 月 日	1 男 2 女	01	1 妊娠している 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
02		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
03		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
04		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
05		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
06		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
07		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
08		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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
09		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日	1 男 2 女		1 妊娠している 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

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) (20歳以上)	歩数計の装着状況 朝起きてから寝るまで、ほぼずっと着けていたか。(入浴、水泳中などを除く)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いずれかに、レ印をつけて下さい)

※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まれます。

