

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

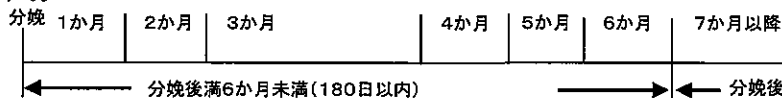
厚生労働省

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				
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
0 1		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
0 2		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
0 3		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
0 4		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
0 5		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
0 6		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
0 7		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
0 8		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
0 9		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

※1 分娩後の区分



6. 仕事の種類	II 食事状況			身体状況調査項目		* 調査員記入欄
	朝	昼	夕	一日の運動量(歩行数) (15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ましたか。(入浴、水泳中などを除く)	(ここには、記入しないで下さい) 確認したら、レ印をつける
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	

