



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。

令和元年国民健康・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 令和元年  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. 妊娠・授乳
01		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
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

6. 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ま したか。(入浴、水泳中などを除く)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)
<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 (いずれかに、レ印をつけて下さい)



























