

I D	名 前(ふりがな)	年齢	性別	健診場所	住 所
		歳	男・女		〒 -

次の項目について該当する番号に 印をつけてください。

票1．食生活チェック

1. 外食(市販の弁当や調理済食品などの利用も含む)を控えていますか (週3回以内)	1. はい 2. いいえ
2. 肉・卵よりも魚・大豆製品を多く摂取するようにしていますか	1. はい 2. いいえ
3. マヨネーズ、ドレッシングや揚げ物など油を使った料理を控えていますか (1日1回以内)	1. はい 2. いいえ
4. お菓子(まんじゅう、せんべい、ケーキ、菓子パンなど)や清涼飲料水(果汁、 スポーツ飲料、缶コーヒーも含む)を控えていますか(週3回以内)	1. はい 2. いいえ
5. アルコール飲料を飲みすぎないようにしていますか (1日あたり日本酒なら1合、ビールなら500ml まで)	1. はい 2. いいえ
6. 野菜を含んだ料理(漬物を除く)を1日5皿以上食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
7. 栄養のバランスを意識していますか	1. はい 2. いいえ
8. 夜遅く食べないようにしていますか	1. はい 2. いいえ
9. 時間をかけてゆっくりよく噛んで食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
10. 食べすぎ飲みすぎに気をつけていますか	1. はい 2. いいえ

票2．身体活動チェック

1. 日頃から日常生活の中で、意識的に体を動かすなどの運動をしていますか	1. はい 2. いいえ
2. 1日で、外を歩く時間は合計して30分以上ありますか	1. はい 2. いいえ
*1日当たり平均何分歩いていますか	()分
3. 1回30分以上の運動を、週2回以上実践し、1年以上持続していますか	1. はい 2. いいえ
	()
* 「はい」と答えた人にお聞きします	()
どんな運動ですか	()
	()

2と回答した数が多い人程、リスクが高くなります。