

生活習慣病予防アンケート

川西市医師会
川西市教育委員会

このアンケートは、健康な将来を築くための予防検診に役立つものです。6月19日(金)までに川西市医師会へ郵送にてご提出下さるようご協力お願い致します。

*このアンケートの結果は、個人情報保護法に基づきまして、本事業以外には一切使用致しません。秘密厳守いたしますので出来るだけ正確にご記入お願い致します。

*また、学校保健に役立つ新しい成果が得られた場合には、学会や学術誌などで個人情報を削除した形で発表となりますことご了承下さい。

| | | | | |
|---|----------|-----|----------|-----|
| 学 校 名 | | | 年 組 | 番 号 |
| ふ り が な | | | | |
| 氏 名 | 男・女・その他 | | | |
| 身 長 | _____ cm | 体 重 | _____ kg | |
| 現在、生活習慣病関連(肥満・糖尿病・高脂血症等)で医療機関へ通っておりますか？ | | | | |
| はい・いいえ | | | | |

※ご記入漏れのないようお願いします。

1 家族の方で次のような病気になったことがありますか。(はい・いいえ)

はいと答えた方は該当する欄に○印でお答え下さい。

| | 父 | 母 | 兄弟・姉妹 | 祖父 | 祖母 |
|----------------------|---|---|-------|----|----|
| 高血圧症 | | | | | |
| 高脂血症 (高コレステロール血症) | | | | | |
| 糖尿病 | | | | | |
| 狭心症 | | | | | |
| 心筋梗塞 | | | | | |
| 脳卒中 | | | | | |
| 肥満 | | | | | |

2 本人の生活習慣及び食生活 該当する欄に○印をつけて下さい。

| | | | |
|-------------------------------|-------|---------------|----------|
| ①本人の体型をどう思いますか | 太っている | やせている | ふつう |
| ②兄弟姉妹の体型はどうですか | 太っている | やせている | ふつう |
| ③体を動かすことが好きですか | 嫌い | 好き | ふつう |
| ④何かスポーツをしていますか | していない | している 種類() | たまにする |
| ⑤少し走ったり階段を昇ったりするとどうきや息切れがしますか | よくする | あまりない | わからない |
| ⑥だいたい何時頃に寝ますか | 11時過ぎ | 10-11時 | 10時より早い |
| ⑦食事は栄養のバランスを考えて食べるようにしていますか | していない | している | わからない |
| ⑧朝食をきちんと食べていますか | 食べない | 食べる | 食べない日もある |
| ⑨食べるスピードはどうですか | 早い | ゆっくり | ふつう |
| ⑩スナック菓子やジュース類はどうですか | よく食べる | あまり食べない | ふつう |
| ⑪寝る前に夜食やおやつを食べますか | 食べる | 食べない | 時々食べる |

3 (保護者の方々へ)

肥満、食事、生活習慣病、その他について、何かご意見がありましたらお聞かせ下さい。

送付先：一般社団法人 川西市医師会 小児生活習慣病担当者 宛
〒666-0016 兵庫県川西市中央町12-2 川西市保健センター2階