



チャレンジ参加前アンケート

* 面接の際、参考にさせていただきます。あなたの生活と健康状態についてお答えください*
* 必ず裏面の「個人情報の取り扱いと特定保健指導プログラムへの参加についての同意書」をお読みになり、

氏名	様	年齢	歳	性別	男・女	健保名
会社名		部署名		役職		職種

～各項目の当てはまる番号に○または、□にチェックを付けて下さい～

健康

- 現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか
1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない
- 自分の健康のために、食生活、運動、その他で特に気を付けていることはありますか
□はい □いいえ *「はい」の方は具体的にお書き下さい()
- 今までに減量をしたことはありますか
□ない □今減量中⇒()月頃から()方法→()
□過去に減量した ⇒()歳頃に()方法→()
- 体重を、定期的に測定していますか・・・□はい □いいえ
- 年に1回以上、歯科の健診を受けていますか・・・□はい □いいえ

暮らし

- 同居する家族すべてに○をつけて下さい
1. 配偶者(パートナー) 2. 子ども()人 3. 孫 4. 親
5. 祖父母 6. きょうだい 7. 単身赴任中 8. 1人暮らし

仕事

- 月の平均残業時間はどのくらいですか・・・約()時間/月
- 交代勤務の仕事に従事していますか・・・□はい □いいえ

休養

- 平均睡眠時間は何時間ですか・・・平均()時間/日
- 睡眠は足りていますか・・・□はい □いいえ
- 休日はどの様に過ごすことが多いですか・・・1. 仕事 2. 家事 3. 寝る
4. 趣味() 5. その他()

運動

- 1週間の中で運動する時間を設けていますか・・・□はい □いいえ
- 1日の中で座っている時間はどのくらいですか・・・約()時間/日
- 毎日1日8000歩以上歩いていますか・・・□はい □いいえ □歩数が分からない
- 早歩きを心掛けていますか・・・□はい □いいえ
- 通勤時間はどのくらいですか・・・片道()分
※そのうち徒歩()分、自転車()分



食事の習慣についてお答えください

回答欄

1日の食事時間はだいたい決まっていますか	□はい	□いいえ
朝食をほぼ毎日摂りますか	□はい	□いいえ
寝る前2時間は何も食べないようにしていますか	□はい	□いいえ
食事は良く噛んでゆっくり食べるようにしていますか	□はい	□いいえ
カロリーをチェックしながらメニューを選んでいきますか	□はい	□いいえ
腹八分目(満腹になるまで食べない)にしていますか	□はい	□いいえ
ご飯のおかわり、大盛りをしていますか	□はい	□いいえ
天ぷらやフライなどの油料理の頻度を減らしていますか	□はい	□いいえ
野菜、きのこ、海藻類を毎食1皿摂るようにしていますか	□はい	□いいえ
習慣的に糖分の入った飲み物を摂りますか	□はい	□いいえ
習慣的に間食をしますか	□はい	□いいえ
塩分の多い食材(麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練製品等)や濃い味付けの物を毎日食べていますか	□はい	□いいえ
習慣的に外食、惣菜、市販の弁当を利用しますか	□はい	□いいえ
食事は主に、だれが作りますか	□自分	□自分以外()
歯や噛み合わせなどに気になる部分はなく、何でも食べることが出来ますか	□はい	□いいえ

飲酒



- どの程度の頻度で、お酒を飲みますか
1. 飲まない 2. やめた 3. 月1回以下
4. 月2～4回 5. 週2～3回 6. 週4回以上
- 飲酒日1日あたりの飲酒量はどの程度ですか
1. 「1合未満」 2. 「1～2合未満」 3. 「2～3合未満」 4. 「3合以上」

換算法(1合とは)

日本酒 : 1合(180ml)
 ビール : 500ml
 焼酎(25度): 110ml
 ワイン : グラス2杯(240ml)
 ウイスキー : W1杯(60ml)
 カクテル : グラス1杯
 ブランデー : 60ml

喫煙



- 現在、タバコ(加熱式タバコ、電子タバコを含む)を習慣的に吸っていますか
1. もともと吸わない 2. やめた 3. 吸う
- 1日で平均何本のタバコを、何年間吸っていますか・・・1日()本/()年
- 今までタバコを止めたことがありますか・・・□はい(理由:)
□いいえ

生活習慣

- 改善したい生活習慣に○をつけて下さい(複数選択可)
1. 食生活 2. 運動・身体活動 3. 喫煙 4. 飲酒 5. 睡眠
6. 休養 7. その他()



ご記入ありがとうございました。裏面の同意書への署名を今一度ご確認ください。

個人情報の取り扱いと特定保健指導プログラムへの参加についての同意書

個人情報保護方針

本会は、医療と保健というプライバシーレベルの高い情報を取り扱う事業の重要性を認識し、個人情報に関する法令及びその他の規範を遵守し、個人情報の正確性と安全性の確保に努めてまいります。また、個人情報の保護管理体制を維持するため継続的に改善を図ってまいります。お預かりしました相談記録票は、以下1～5のとおり取り扱いますので、個人情報の提供にご同意いただきますようお願いいたします。

1. 個人情報保護管理者

公益財団法人 東京都予防医学協会
大島 利彦 TEL03-3269-1141

2. 個人情報の利用目的

相談記録票、および、保健相談等を実施する過程で取得した皆様の個人情報は、適切な医療および保健サービスを提供するために、以下の目的で利用させていただきます。

- ①健康保険組合や、企業等から委託を受けて行う保健相談等の報告書の作成
- ②平均値、標準偏差の算出などの統計情報をもとに保健事業計画に活用
- ③学会、研究会での発表(統計情報として利用しますので個人が特定されることはありません)

3. 個人情報の提供

相談記録票、および、保健相談等を実施する過程で得られた皆様の個人情報は、プログラム内使用アプリケーションソフト提供会社への情報提供を除いて、ご本人の承諾無しに第三者に提供いたしません。

なお、法令に基づく場合。人の生命、身体または財産の保護、公衆衛生の向上または児童の健全な育成や、国や地方公共団体などが法令に定める事務を遂行することに対して協力する場合には、本人の同意を得ることなく情報を提供することがあります。

4. 個人情報の提供について同意が得られなかった場合

適切な保健相談を行えなくなる場合があります。

5. 個人情報の開示、訂正、削除について

皆様の個人情報は、ご本人からの開示、訂正、削除等のご要望があった場合、内部規定に基づき、速やかに対応いたします。

今回の特定保健指導全プログラムを通して、ご本人様記載の帳票類は上記のように取り扱いをいたします。

個人情報に関する苦情・相談につきましては、下記までご連絡ください。

公益財団法人 東京都予防医学協会 健康増進部 加藤京子
TEL03-3269-2171

私は、今回の特定保健指導に関する個人情報の取り扱いについて理解し、提供に同意した上で、今回の特定保健指導プログラムに参加します。また、健康保険組合が認めるやむをえない場合を除き、プログラムを継続します。

年 月 日 (署名) _____