

住まいと健康に関するアンケート



- ※1 … 質問文に従い、それぞれの項目について、
チェック (☑) あるいは、○をつけてください。
括弧 (____) 内には、数字や言葉を記入してください。
- ※2 … 答えたくない質問にはお答えいただかなくても結構です。

記入日：西暦 (____) 年 (____) 月

第一部：あなたの健康状態について

あなたのご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

問1 全体的にみて、過去1カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない	ぜんぜん 良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問2 いつもより気が重くてゆううつになることは...

<input type="checkbox"/> 1 全くなかった	<input type="checkbox"/> 2 あまりなかった	<input type="checkbox"/> 3 あった	<input type="checkbox"/> 4 度々あった
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

第二部：あなたの睡眠・生活習慣について



問3 過去1か月間の平均的な1日で、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか。
(注：これは、あなたが寝床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。)

1日あたり (____) 時間 (____) 分

問4 過去1か月間において、ご自分の睡眠の質を全体として、どのように評価しますか。

1 非常によい	2 かなりよい	3 かなり悪い	4 非常に悪い
---------	---------	---------	---------

問5 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

※『現在、習慣的に吸っている』とは、「これまで合計100本以上、または6ヶ月以上」を吸っていて、最近1ヶ月以内にも吸っていた方が該当。



1 はい	2 いいえ	3 禁煙した
------	-------	--------

問6 お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどの程度ですか。

1 毎日	2 時々	3 ほとんど飲まない（飲めない）
------	------	------------------

問7 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。

※清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

1 1合未満	2 1～2合未満	3 2～3合未満	4 3合以上
--------	----------	----------	--------

問8 あなたはふだん、次の食品をどのくらいの頻度で食べますか。
当てはまるもの（言葉）に、それぞれ○をつけてください。

食品	頻度・程度		
	2	1	0
野菜料理(生野菜・煮物など)	よく食べる	2～3回/週	あまり食べない

問9 あなたのふだんの食生活について、
当てはまるもの（言葉）に、それぞれ○をつけてください。



食生活	頻度・程度			
	3	2	1	0
しょうゆやソースなどをかける頻度は？	よくかける (ほぼ毎日)	毎日1回は かける	時々かける	ほとんど かけない

第三部：あなたの身体と活動について

問 10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2回以上の頻度で、1年以上実施していますか。



<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

問 11 日常生活で、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

第四部：あなたのお住まいについて

問 12 お住まいでの生活の中で、次のように感じることはありますか。



	よくある	たまにある	めったにない	全くない
(1) <u>居間・リビングで</u> 、夏、冷房が効かずに暑いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(2) <u>居間・リビングで</u> 、冬、暖房が効かずに寒いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(3) <u>居間・リビングで</u> 、窓・ドアを閉めても、室内や外の音・振動が気になること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(4) <u>居間・リビングで</u> 、夜、照明が足りずに暗いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(5) <u>寝室で</u> 、冬、寒くて眠れないこと	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(6) <u>寝室で</u> 、冬、起きたときに鼻やのどが乾燥していること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(7) <u>寝室で</u> 、窓・ドアを閉めても、室内や外の音・振動が気になって眠れないこと	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(8) <u>キッチンで</u> 、狭さや高さなどのため無理な姿勢をとること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(9) <u>脱衣所で</u> 、冬、寒いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(10) <u>浴室で</u> 、冬、寒いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(11) <u>浴室・脱衣所で</u> 、嫌なニオイを感じる	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(12) <u>トイレで</u> 、冬、寒いと感じること	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	よくある	たまにある	めったにない	全くない
(13) トイレで、嫌なニオイがこもると感じる	1	2	3	4
(14) 玄関で、段差で転ぶ危険を感じる	1	2	3	4
(15) 玄関で、靴をはくときにバランスを崩す	1	2	3	4
(16) 廊下で、移動するときに照明をつけても暗いと感じる	1	2	3	4
(17) 収納で、カビや化学物質のニオイを感じる	1	2	3	4
(18) 家の中で、虫が発生する	1	2	3	4
(19) 家のまわりで、すべる、またはつまずく	1	2	3	4
(20) 家のまわりで、防犯に不安を感じる	1	2	3	4
(21) 家の中で、外からの視線が気になる	1	2	3	4
(22) 調理台の周辺の、カビの発生	1	2	3	4

第五部：あなたの症状について



問 13 現在のお住まいで、ここ1年、あなたが体感・体験した症状にその頻度をそれぞれチェック (✓) してください。

	毎日～週数回程度	週1～月数回程度	月1～年数回程度	年1回程度	全くない
(1) 体がだるい	1	2	3	4	5
(2) 頭痛	1	2	3	4	5
(3) きこえにくい	1	2	3	4	5
(4) せきやたんがでる	1	2	3	4	5
(5) 鼻がつまる・鼻汁が出る	1	2	3	4	5
(6) 食欲不振	1	2	3	4	5
(7) 発疹 (じんま疹・できもの等)	1	2	3	4	5
(8) かゆみ (湿疹・水虫等)	1	2	3	4	5
(9) 肩こり	1	2	3	4	5
(10) 腰痛	1	2	3	4	5

	毎日～ 週数回 程度	週1～ 月数回 程度	月1～ 年数回 程度	年1回 程度	全く ない
(11) 手足の関節が痛む	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(12) 手足が冷える	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(13) 骨折・ねんざ・脱きゅう	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(14) 切り傷・やけど等のけが	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(15) つまずき・転倒	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(16) 風邪をひく	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

第六部：あなたご自身について

問 14 ご自身について、以下の質問にお答えください。

生年月	大正・昭和・平成（ ）年（ ）月 生まれ ※該当の元号に○				
性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性		
体格	（ ）cm ・ （ ）kg				
結婚	<input type="checkbox"/> 既婚		<input type="checkbox"/> 未婚		<input type="checkbox"/> 離別・死別
主な交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 公共交通機関	<input type="checkbox"/> 自動車・バイク	<input type="checkbox"/> その他
郵便番号	〒（ ）－（ ）				
居住年数	今のお住まいの居住年数 （ ）年くらい				
同居人数	合計で（ ）人 ※ご自身も含めた人数です				

ご自由にお書きください。

以上で終了です。ご回答ありがとうございました。

— とっとり健康・省エネ住宅推進協議会 —

