

ステップ1：食環境・生活状況調査票 Ⅲ

以下のアンケートにご協力をお願い致します。

ID 番号

あてはまる内容を可能な範囲で記入してください。もしくは番号に○をつけてください。

- ◆性別 男性 ・ 女性
- ◆生年月日 西暦_____年__月__日
- ◆調査月日 西暦_____年__月__日
- ◆現在の身長 _____cm
- ◆現在の体重 _____kg

備考欄（具体例は以下の通り。可能な範囲でお願いいたします。）

◇初発について： 初発（診断 年 月）・再発（診断 年 月）

◇診断名：

◇合併症の有無： なし ・ あり （病名 _____）

◇服薬状況 （ _____ ）

◇他病歴など （ _____ ）

問1. あなたの出身地はどこですか？（出身地とは“最も長く住んでいる”都道府県をお答えください。）
（ _____ ）都・道・府・県

問2. あなたはだれかと一緒に住んでいますか？

1. 家族との同居（あなたを含めて_____人） 2. 一人暮らし 3. 他人との同居（寮など）

問3. 食事の際に、自分が食べた食事・料理についての感想・考えを、話題にすることはありますか？

1. 週5回以上 2. 週3~4回 3. 週1~2回 4. ほとんどない

問4. 子供の頃に「家族と一緒に食料品の買い物」のおよその回数を教えてください。

1. 週5回以上 2. 週3~4回 3. 週1~2回 4. ほとんどない

問5. 子供の頃に「家族と一緒に料理した」およその回数をおしえてください。

1. 週5回以上 2. 週3~4回 3. 週1~2回 4. ほとんどない

問6. 現在、料理が好きですか？

1. 好き 2. わからない 3. あまり好きでない 4. 嫌い

問7. 以下の①~⑤の食品について、どれくらいの頻度で食べていますか？

① ダイエットなどのために、砂糖などのかわりに人工甘味料を用いた食品
（例えば、ゼロカロリーの菓子、ゼリー、飲料など）

1. 週6~7日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日以下 5. 月1回未満 6. ほとんどなし

② インスタント即席麺（1日に1回でも食した場合、1日と数えます。）

1. 週6~7日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日以下 5. 月1回未満 6. ほとんどなし

③ ファストフード店での食事（1日1回でも食した場合、1日と数えます。）

1. 週6～7日 2. 週4～5日 3. 週2～3日 4. 週1日以下 5. 月1回未満 6. ほとんどなし

④ かなり辛味をつよい食品・料理・菓子など（1日1回でも食した場合、1日と数えます。）

1. 週6～7日 2. 週4～5日 3. 週2～3日 4. 週1日以下 5. 月1回未満 6. ほとんどなし

⑤ （普通の食生活の中で）主食・主菜・副菜を組み合わせる食事をする頻度について

1. 1日3食 2. 1日2食 3. 1日1食 4. なし

問8. 健康や治療にかかわる食・栄養情報について、十分な情報を得られていますか？

1. 十分である 2. 不足を感じたことはない 3. あまり十分とはいえない。 4. 不十分である

問9. 現在、どのように食・栄養情報を得ていますか？あてはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 本 2. 専門誌 3. 家族 4. 友人 5. 医師
6. 看護師 7. 栄養士・管理栄養士 8. インターネット
9. その他（ ）

問10. 治療開始後に、食事に関して、悩んだことや困った経験はありますか。

1. 悩みがある 2. 悩みはない

↳ 上の問いで、「1. 悩みがある」と答えた方へ

以下の選択肢からあてはまるものに、○をつけてください。（複数回答可）

1. 栄養やバランス 2. 食事のおいしさ・味 3. 価格・経済性 4. 簡便性
5. 総カロリー（総エネルギー） 6. 塩分 7. 安全性・毒性 8. 食事の時間
9. 食事回数や欠食 10. アレルギー 11. 食事のにおいなど 12. 偏食（すききらい）
13. その他（ ）

問11. 治療開始後に、味覚と嗅覚の感じ方が変化して、悩んだことや困った経験はありますか。

- ◆ 味覚（味の感じ方） 1. 悩みがある 2. 悩みがない

- ◆ 嗅覚（におい・香りの感じ方） 1. 悩みがある 2. 悩みがない

↳ 上の問いで、「1. ある」と答えた方へ

以下の選択肢からあてはまるものに、○をつけてください。

- 塩味
- 甘味
- 苦味
- 酸味
- うま味（※）

強く感じる

問題はない

感じにくい

具体的にどのような食材・料理について感じた経験があるか教えてください。（複数回答可）

（ ）

問1 2. 治療開始後に、食事・栄養相談が必要と感じ、相談したことはありますか？

1. 必要と感じ相談したことがある 2. 必要と感じたが相談したことがない 3. 必要と感じたことはない



上の問いで「2. 必要と感じたが相談したことがない」と答えた方へ

希望すれば栄養相談が受けられる環境ですか？ 1. はい 2. いいえ

上の問いで「1. 相談したことがある」と答えた方へ、どのような方へ相談しましたか？【複数回答可】

1. 医師 2. 看護師・保健師 3. 栄養士・管理栄養士 4. 家族 5. 友人
6. その他（ ）

問1 3. 治療前と比べて治療後に、食事量や食欲は変わりましたか？

1. 増加した 2. 変わらない 2. 減少した

問1 4. 治療前と比べて治療後に、嗜好・味の好みなどが変わりましたか？

1. 変わった 2. 変わらない 3. わからない



上の問いで「1. 変わった」と答えた方へ 具体的に教えてください（複数回答可）

（例。甘いものがすきになった。塩味が欲しく感じるようになった など）

（ ）

◆自由記載欄：ご無理ない範囲でお願い致します。

治療中「食べたい、または、食べたくない」と感じた飲食物や場面など、
食事や栄養面の悩み・希望など、具体的な内容があればお願い致します。
メール返信をご希望の場合は (r-suzuki@thcu.ac.jp) へお送りください。

（受動喫煙や飲酒について、次ページもお願い致します。）

問15 受動喫煙をふくむ「たばこ」と「飲酒」についての質問です。

I. 現在、たばこをすっていますか？ 下の1～3の番号に○をつけて、下の問いに教えてください。

<p>1. すっている</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>何歳から、はじめましたか？ およそ（ ）歳</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1日何本すいますか？ 1日（ ）本</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>たばこをやめたいですか？</p> <p>1. はい 2. 本数を減らしたい 3. いいえ</p>	<p>2. やめた</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>何歳のとき、やめましたか？ およそ（ ）歳</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>何歳からはじめましたか？ およそ（ ）歳</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1日およそ何本すっていましたか？ 1日（ ）本</p>	<p>3. すわない</p>
--	---	----------------

II. 他人のたばこの煙をすう機会（1日に1時間以上）はありましたか？ あれば、○をつけてください。

10歳のころ：1. ほとんどない 2. 月1～3回 3. 週1～4回 4. ほぼ毎日

20歳のころ：1. ほとんどない 2. 月1～3回 3. 週1～4回 4. ほぼ毎日

30歳以降：1. ほとんどない 2. 月1～3回 3. 週1～4回 4. ほぼ毎日

III. 現在、お酒をのみますか？ （ 1. のむ 2. やめた 3. のまない ）

IIIの問いで、1. のむ、または 2. やめた と答えた方へ 飲んだ場合の頻度をおしえてください。

1. ほとんど飲まない 2. 月1～3回 3. 週1～2回 4. 週3～4回 5. 週5～6回 6. 毎日

1日にのむもっとも普通の組み合わせを選び、○をつけてください。

- ・日本酒（1合）：飲まない 0.5合未満 1合 2合 3合 4合 5～6合 7合以上
- ・焼酎（原液1合）：飲まない 0.5合未満 1合 2合 3合 4合 5～6合 7合以上
- ・ビール（350ml缶）：飲まない 0.5本未満 1本 2本 3本 4本 5～6本 7本以上
- ・ワイン（グラス100ml）飲まない 0.5杯未満 1杯 2杯 3杯 4杯 5～6杯 7杯以上
- ・ウイスキー（シングル30ml）飲まない 0.5杯未満 1杯 2杯 3杯 4杯 5～6杯 7杯以上

ステップ1のアンケートへのご協力をありがとうございました。
ステップ2のアンケートも、可能であれば、どうぞお願い致します。