

「令和3年度 仙台市民の健康意識等に関する調査」 ～ ご協力のお願い ～

日頃より、仙台市の市政の推進につきましては、ご理解、ご支援をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、本市におきましては、市民の健康づくりの基本的な計画である「第2期いきいき市民健康プラン後期計画」の見直しにあたり、今後の健康づくりを進める活動に役立てることを目的に、市民の皆様の健康に関する状況や、本市の健康施策に関するご意見を伺うことになりました。

この調査の対象者は、仙台市にお住まいの20歳以上の方の中から無作為に抽出した6,000名の市民の皆様です。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、調査票の回答にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調査は無記名方式ですので、どなたが回答したかは特定できません。また、回答いただいた内容については、この調査以外の目的に利用することはございませんので、ありのままをお答えいただきますようお願い申し上げます。

令和3年9月

仙 台 市 長

ご記入に際してのお願い

- この調査は、あて名のご本人がご記入ください。
ただし、健康状態などにより、ご本人にご記入いただけない場合は、ご家族の方など代理の方のご記入をお願いいたします。
- ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する答えに「（し点）」をつけてください。また、「その他」に回答した場合、その具体的な内容を（ ）内にご記入ください。
- 調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、**令和3年9月30日（木）**までにお近くの郵便ポストに投函してください。
※お名前やご住所の記入は必要ありません。

この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

仙台市健康福祉局 健康政策課 健康増進係

〒980-8671 仙台市青葉区国分町3丁目7-1

電話番号：022-214-3894（直通）

受付時間：午前9時～午後5時（土・日・祝日除く）

<みなさんの健康づくりを応援します>



下記の項目について、あてはまる回答に「 (レ点)」をつけてください。

1. あなたご自身のことについて

問1 あなたの性別を教えてください。(1つのみ)

- 男性 女性 答えたくない

問2 あなたの年齢を教えてください。(1つのみ)

- 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代
 60歳代 70歳代 80歳以上

問3 あなたの居住区を教えてください。(1つのみ)

- 青葉区 宮城野区 若林区 太白区 泉区

問4 あなたの職業等を教えてください。(1つのみ)

- 自営業(家族従業の方を含む) 会社員、公務員、団体職員等
 パート、アルバイト、非常勤等 学生
 家事専業 無職
 その他()

問5 あなたが加入している健康保険の種類を教えてください。(1つのみ)

- 国民健康保険 協会けんぽ(全国健康保険協会) 健康保険組合
 共済組合 後期高齢者医療制度 その他()
 わからない

2. 健康意識・健康管理について

問6 仙台市では、市民の健康づくり基本計画として「いきいき市民健康プラン」を策定し、取り組みを進めていますが、名称や内容を知っていますか。(1つのみ)

- 知っている 名前だけは知っている 知らない

問7 あなたは、ご自身の健康状態をどのように感じていますか。(1つのみ)

- 非常に健康である 健康なほうである あまり健康でない 健康でない

問8 あなたは、健康のためにどのようなことをしていますか。(いくつでも)

※「特に何もしていない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

<input type="checkbox"/> 栄養・食生活に気をつける	<input type="checkbox"/> 適度な身体活動・運動をする
<input type="checkbox"/> 睡眠や休養を十分とる	<input type="checkbox"/> 飲酒をひかえる
<input type="checkbox"/> たばこを吸わない	<input type="checkbox"/> 規則正しい生活をする
<input type="checkbox"/> ストレス発散や気分転換をする	<input type="checkbox"/> 身近な人や仲間との交流を大切にする
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 特に何もしていない

問9 あなたは、定期的に健康診断(特定健診や仙台市が実施する基礎健康診査、学校や職場での健康診断、人間ドックなど)を受けていますか。(1つのみ)

<input type="checkbox"/> 受けている ⇒問9-1へ	<input type="checkbox"/> 受けていない
---------------------------------------	---------------------------------

【問9で「受けている」と回答した方に伺います。】

問9-1 これまで、健康診断の結果、医療機関等での治療が必要と判定されたことがありますか。(1つのみ)

<input type="checkbox"/> ある ⇒問9-2へ	<input type="checkbox"/> ない
------------------------------------	-----------------------------

【問9-1で「ある」と回答した方に伺います。】

問9-2 その際、医療機関等に行きましたか。(1つのみ)

<input type="checkbox"/> すでに治療中だった	<input type="checkbox"/> 行った
<input type="checkbox"/> 行こうと思ったが行けなかった	<input type="checkbox"/> 行くつもりがなく行かなかった

問10 あなたが、定期的に受けているがん検診はありますか。(いくつでも)

※「受けていない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 子宮
<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> その他の部位 ()	<input type="checkbox"/> 受けていない		

問11 あなたの身長と体重をご記入ください。(□内に数字を記入)

※おおよそで結構です。

身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>	センチ	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>	キログラム
----	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-----	----	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-------

問12 あなたは、ご自分の体重が身長に対して適正なものだと思いますか。(1つのみ)

<input type="checkbox"/> 思う	<input type="checkbox"/> 思わない	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

問 13 あなたは、体重コントロールを実践していますか。(1つのみ)

- 実践している 実践すべきだと思うが特に何もしていない その必要がない

※体重コントロールとは、運動・食事の制限などを行い、適正な体重を保つようにすることです。

問 14 あなたは、糖尿病が引き起こす合併症はどれだと思えますか。(いくつでも)

※「あてはまるものは1つもない」もしくは「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 網膜症 | <input type="checkbox"/> 腎症 | <input type="checkbox"/> 神経症 |
| <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 動脈硬化 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 |
| <input type="checkbox"/> 歯周病 | <input type="checkbox"/> あてはまるものは1つもない | <input type="checkbox"/> わからない |

問 15 あなたは、CKD（慢性腎臓病）を知っていますか。(1つのみ)

- どんな病気かよく知っている 名前は聞いたことがある
 知らない（今回の調査で初めて聞いた）

問 16 あなたは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を知っていますか。(1つのみ)

- 言葉も意味も知っている 言葉は聞いたことがある
 知らない（今回の調査で初めて聞いた）

3. 栄養・食生活について

問 17 あなたは、ふだん朝食を食べていますか。(1つのみ)

- 毎日食べている 週に3回以上は食べる 週に2回以下である 全く食べない

【ご家族に、小学生・中学生・高校生のいる方だけに伺います。】

問 18 お子さんは、ふだん朝食を食べていますか。お子さんすべてについて、「学年」「性別」「朝食の状況」について、一人ずつをお答えください。

※「学年」は、該当する□内に数字を記入してください。

※「性別」、「朝食の状況」の回答は、1つのみとしてください。

お子さん(1人目)の プロフィール	小学	中学	高校	性別
	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 毎日食べている		<input type="checkbox"/> 週に3回以上は食べる	
<input type="checkbox"/> 週に2回以下である		<input type="checkbox"/> 全く食べない		
お子さん(2人目)の プロフィール	小学	中学	高校	性別
	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 毎日食べている		<input type="checkbox"/> 週に3回以上は食べる	
<input type="checkbox"/> 週に2回以下である		<input type="checkbox"/> 全く食べない		
お子さん(3人目)の プロフィール	小学	中学	高校	性別
	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 毎日食べている		<input type="checkbox"/> 週に3回以上は食べる	
<input type="checkbox"/> 週に2回以下である		<input type="checkbox"/> 全く食べない		
お子さん(4人目)の プロフィール	小学	中学	高校	性別
	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 年生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 毎日食べている		<input type="checkbox"/> 週に3回以上は食べる	
<input type="checkbox"/> 週に2回以下である		<input type="checkbox"/> 全く食べない		

問 19 あなたは、食事を食べたり、作ったりするとき、栄養のバランスに気をつけていますか。(1つのみ)

- 気をつけている 少し気をつけている 特に気にしていない

問 20 あなたは、主食(ごはん、パン、麺など)・主菜(肉・魚・卵・大豆製品などを使ったメインの料理)・副菜(野菜・きのこ・いも・海藻などを使った小鉢・小皿の料理)の3つをそろえて食べることが、1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。(1つのみ)

- ほぼ毎日 週に4~5日 週に2~3日 週に1回程度 ほとんどない

問 21 あなたは、次の①～⑥の食品をどのくらいの頻度で食べますか。

※①～⑥のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	1日 2回以上	1日 1回程度	週に 数回	月に 数回	ほとん ど食べ ない
①大豆・大豆食品（豆腐、納豆等、油揚げ、厚揚げ等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②牛乳・乳製品（チーズ、ヨーグルト等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③骨ごと食べられる小魚類（しらす干し等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④緑黄色野菜（ほうれん草や小松菜、人参、トマト、ピーマン等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤その他の野菜（きゅうり、大根、キャベツ、レタス、なす等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥果物（りんご、みかん、バナナ等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 22 あなたは、ご自分に見合った食事の量を知っていますか。(1つのみ)

知っている
 だいたい知っている
 知らない

問 23 あなたは、ふだんゆっくりよく噛んで食べていますか。(1つのみ)

ゆっくりよく噛んで食べている
 どちらかと言えばゆっくりよく噛んで食べている
 どちらかと言えばゆっくりよく噛んで食べていない
 ゆっくりよく噛んで食べていない

➡ 【その理由をご記入ください】

問 24 あなたがゆっくりよく噛んで食べるためには、どのようなことが必要だと思いませんか。

(いくつでも)

※「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

食事の時間が十分に確保されていること
 早食いの習慣を直すこと
 誰かと一緒に食事をする事
 ゆっくりよく噛んで食べることのメリットを知っていること（健康にいいことや味わいを得られる等）
 歯や口が健康であること（歯や口に痛みがないことや歯が揃っていること等）
 なんでも噛める状態であること（健康な歯が残っていること、入れ歯を入れていること等）
 わからない
 その他（)

問 25 あなたは、食品を買うときに、栄養成分の表示を参考にしていますか。(1つのみ)

- 必ず参考にする 参考にすることが多い 参考にすることもある 参考にしない

問 26 あなたは、レストラン等のメニューに栄養成分が表示されている場合、食事を選ぶときの参考としますか。(1つのみ)

- 必ず参考にする 参考にすることが多い 参考にすることもある 参考にしない

問 27 あなたは、健康や栄養に関する学習の場や市民活動に参加してみたいと思いますか。(1つのみ)

- ぜひ参加したい できれば参加したい
 参加したいとは思わない すでに参加している

4. 食育について

【まずはこちらの文章をお読みください】

「食育」とは、心身の健康の増進と豊かな人間形成のために、食に関する知識や食を選択する力を身につけ、健全な食生活を実践することができるよう育むことです。その中には、規則正しい食生活や栄養バランスのとれた食事などを実践したり、食を通じたコミュニケーションやマナー、あいさつなどの食に関する基礎を身につけたり、自然の恵みへの感謝や伝統的な食文化などへの理解を深めたりすることが含まれます。

問 28 あなたは、「食育」という言葉やその意味を知っていましたか。(1つのみ)

- 言葉も意味も知っていた 言葉は知っていたが、意味は知らなかった
 言葉も意味も知らなかった

問 29 あなたは、「食育」に関心がありますか。(1つのみ)

- 関心がある どちらかといえば関心がある どちらかといえば関心がない
 関心がない わからない

問 30 あなたは、日ごろの食生活で、どんなことに悩みや不安を感じていますか。(いくつでも)

※「特に感じていない」もしくは「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- 自分の健康について 家族の健康について
 家計や食費について 食品の安全性について
 将来の食料供給について 食文化の継承について
 食べ残しや廃棄などの環境への影響について その他()
 特に感じていない わからない

問 31 あなたは、今後の食生活で、特にどのようなことに力を入れたいと思いますか。(いくつでも)

※「特にない」もしくは「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人と食卓を囲む機会の増加 | <input type="checkbox"/> 食事の正しいマナーや作法の習得 |
| <input type="checkbox"/> 地域性や季節感のある食事の実践 | <input type="checkbox"/> 地場産品の購入 |
| <input type="checkbox"/> 食べ残しや食品の廃棄の削減 | <input type="checkbox"/> 生産から消費までのプロセスの理解 |
| <input type="checkbox"/> 食品の安全性への理解 | <input type="checkbox"/> 栄養バランスのとれた食事の実践 |
| <input type="checkbox"/> 規則正しい食生活リズムの実践 | <input type="checkbox"/> 特にない |
| <input type="checkbox"/> わからない | |

【同居している人がいる方に伺います。】

問 32 あなたは、朝食を家族と一緒に食べることはどのくらいありますか。(1つのみ)

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 | <input type="checkbox"/> 週に4~5日 | <input type="checkbox"/> 週に2~3日 | <input type="checkbox"/> 週に1日程度 | <input type="checkbox"/> ほとんどない |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

【同居している人がいる方に伺います。】

問 33 あなたは、夕食を家族と一緒に食べることはどのくらいありますか。(1つのみ)

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 | <input type="checkbox"/> 週に4~5日 | <input type="checkbox"/> 週に2~3日 | <input type="checkbox"/> 週に1日程度 | <input type="checkbox"/> ほとんどない |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

【新型コロナウイルス感染症の感染防止対策が、十分にとられているという前提で伺います。】

問 34 あなたは、地域や所属コミュニティ（職場を含む）での食事会等の機会があれば、参加したいと思いますか。(1つのみ)

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とてもそう思う | <input type="checkbox"/> そう思う | <input type="checkbox"/> どちらともいえない | <input type="checkbox"/> そう思わない |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

問 35 あなたは、生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩などに気をつけた食生活を実践していますか。(1つのみ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> いつも気をつけて実践している | <input type="checkbox"/> 気をつけて実践している |
| <input type="checkbox"/> あまり気をつけて実践していない | <input type="checkbox"/> 全く気をつけて実践していない |

問 36 あなたは、糖分の含まれている飲み物（ジュース、砂糖の入っているコーヒーや紅茶、スポーツドリンクなど）を飲みますか。(1つのみ)

※無糖のものは含みません。

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む | } 問 36-1へ |
| <input type="checkbox"/> 週に4~5日飲む | |
| <input type="checkbox"/> 週に2~3日飲む | |
| <input type="checkbox"/> 週に1回程度飲む | |
| <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない | |

【問 36 で「ほぼ毎日飲む」「週に4～5日飲む」「週に2～3日飲む」と回答した方に伺います。】

問 36-1 よく飲む飲み物は何ですか。(いくつでも)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> コーヒー・紅茶 | <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 | <input type="checkbox"/> 果汁ジュース | <input type="checkbox"/> 野菜ジュース |
| <input type="checkbox"/> 栄養ドリンク | <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 | <input type="checkbox"/> スポーツドリンク | <input type="checkbox"/> その他() |

問 37 あなたは、健康に悪影響を与えないようにするために、どのような食品を選択するとよいのか、どのような調理が必要かについての知識があると思いますか。(1つのみ)

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 十分にあると思う | <input type="checkbox"/> ある程度あると思う | <input type="checkbox"/> あまりないと思う | <input type="checkbox"/> 全くないと思う |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

問 38 あなたは、安全な食生活を送ることについてどの程度判断していますか。(1つのみ)

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いつも判断している | <input type="checkbox"/> 判断している | <input type="checkbox"/> あまり判断していない | <input type="checkbox"/> 全く判断していない |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

問 39 あなたは、食品を購入する際に食品表示を見ますか。(1つのみ)

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい ⇒問 39-1 へ | <input type="checkbox"/> いいえ |
|---------------------------------------|------------------------------|

【問 39 で「はい」と回答した方に伺います。】

問 39-1 あなたは、食品を購入する際に食品表示の中で重視する項目は何ですか。(3つまで)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 原材料 | <input type="checkbox"/> 食品添加物 |
| <input type="checkbox"/> 内容量・大きさ | <input type="checkbox"/> 消費期限や賞味期限 |
| <input type="checkbox"/> 製造者(メーカー) | <input type="checkbox"/> 遺伝子組換え食品 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー物質 | <input type="checkbox"/> 栄養成分表示(カロリーや塩分等の表示) |
| <input type="checkbox"/> 産地や製造地(国産かどうか含む) | <input type="checkbox"/> その他() |

問 40 あなたは、産地や生産者を意識して農林水産物・食品を選んでいきますか。(1つのみ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> いつも選んでいる ⇒問 40-1 へ | <input type="checkbox"/> 時々選んでいる ⇒問 40-1 へ |
| <input type="checkbox"/> あまり選んでいない | <input type="checkbox"/> 全く選んでいない |

【問 40 で「いつも選んでいる」「時々選んでいる」と回答した方に伺います。】

問 40-1 あなたは、できるだけ地元(仙台市や宮城県)で生産されたものを購入(利用)するようにはしていますか。(1つのみ)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
|-------------------------------|--------------------------------|

問 41 あなたは、日頃から環境に配慮した農林水産物・食品を選んでいきますか。(1つのみ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> いつも選んでいる ⇒問 41-1へ | <input type="checkbox"/> 時々選んでいる ⇒問 41-1へ |
| <input type="checkbox"/> あまり選んでいない | <input type="checkbox"/> 全く選んでいない |

※環境に配慮した農林水産物・食品とは、農薬や化学肥料に頼らず生産された有機農産物や、過剰包装でなくごみが少ない商品など、環境への負荷をなるべく低減した農林水産物・食品のことです。

【問 41で「いつも選んでいる」「時々選んでいる」と回答した方に伺います。】

問 41-1 あなたは、どのような環境に配慮した農林水産物・食品を選んでいきますか。(いくつでも)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 環境に配慮していることに関する表示（有機JASマーク、水産エコラベル等のあるもの） |
| <input type="checkbox"/> 上記のような具体的な表示はないが、生き物とその生息環境の保全や化石燃料の使用を減らす等温暖化防止に配慮して生産されたことがわかるもの |
| <input type="checkbox"/> 近隣の地域で生産・加工されたもの |
| <input type="checkbox"/> 消費期限が近いなど、廃棄等される可能性があるもの |
| <input type="checkbox"/> 過剰包装でないもの |
| <input type="checkbox"/> 容器がプラスチックでないもの |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問 42 あなたは、「食品ロス」（食べられるのに廃棄される食品）を軽減するために取り組んでいることはありますか。(いくつでも)

※「取り組んでいることはない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 小分け商品、少量パック商品、バラ売り等、食べきれる量を購入する |
| <input type="checkbox"/> 冷凍保存を活用する |
| <input type="checkbox"/> 料理を作り過ぎない |
| <input type="checkbox"/> 飲食店等で注文し過ぎない |
| <input type="checkbox"/> 日頃から冷蔵庫等の食材の種類・量・期限表示を確認する |
| <input type="checkbox"/> 残さず食べる |
| <input type="checkbox"/> 「賞味期限」を過ぎててもすぐに捨てるのではなく、自分で食べられるか判断する |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 取り組んでいることはない |

問 43 あなたは、郷土料理や伝統料理など、地域や家庭で受け継がれてきた料理や味、箸づかいなどの食べ方・作法を受け継いでいきますか。(1つのみ)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受け継いでいる ⇒問 43-1へ | <input type="checkbox"/> 受け継いでいない |
|---|-----------------------------------|

【問 43 で「受け継いでいる」と回答した方に伺います。】

問 43-1 あなたは、郷土料理や伝統料理など、地域や家庭において受け継いできた料理や味、箸づかいなどの食べ方・作法を地域や次世代（子どもやお孫さんを含む）に対し、伝えていきますか。（1つのみ）

- 伝えている 伝えていない

問 44 あなたは、いわゆる郷土料理や昔から家庭で受け継がれてきている伝統料理（宮城県では、はらこ飯、仙台雑煮、おくずかけ、油麩丼、ずんだ餅等）をどのくらいの頻度で食べていますか。（1つのみ）

- ほぼ毎日 週に3～5日程度 週に1～2日程度 月に2～3日程度
 月に1日程度 2～3か月に1日程度 それ以下 全く食べない

5. 身体活動・運動について

問 45 あなたは、通勤・通学や買い物等で、1日どのくらい歩いていますか。（□内に数字を記入）
※歩数計・歩数管理アプリ等を使っている方は歩数で、そうでない方は距離数を歩幅とともに、ご記入ください。

歩数計・歩数管理アプリ等を使っている方	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table> 歩くらい	□	□	□	□	□		
□	□	□	□	□				
歩数計・歩数管理アプリ等を使っていない方	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table> メートルくらい (歩幅は約 <table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td></tr></table> センチ)	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□				
□	□							

問 46 あなたは、できるだけ車に乗らずに歩く、エレベーターは使わずに階段を使うといったようなことを心がけていますか。（1つのみ）

- いつも意識して実践している とときどき意識している 意識していない

問 47 あなたは、1日 30 分以上の運動（積極的に体を動かす生活活動を含む）をしていますか。（1つのみ）

- 毎日している
 週に2回以上している
 週に1回くらいしている
 とときどきするが週に1回もしていない
 全くしていない
- } 問 47-1 へ

※積極的に体を動かす生活活動とは、歩く、自転車に乗る、床掃除、洗車、庭仕事、風呂掃除、子どもと遊ぶ、階段の上り下り、重い荷物を運ぶ等を指します。

【問 47 で「週に1回くらいしている」「ときどきするが週に1回もしていない」「全くしていない」と回答した方に伺います。】

問 47-1 運動（積極的に体を動かす生活活動を含む）をしていない・あまりしていない理由は何ですか。（いくつでも）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 時間に余裕がない | <input type="checkbox"/> 疲れている |
| <input type="checkbox"/> きっかけがない | <input type="checkbox"/> 必要性を感じない |
| <input type="checkbox"/> 身体を動かすことが好きではない | <input type="checkbox"/> どのようなことをしたらよいかわからない |
| <input type="checkbox"/> 気軽に運動できる施設・場所が近くにない | <input type="checkbox"/> 一緒に楽しむ仲間がいない |
| <input type="checkbox"/> 費用がかかる | <input type="checkbox"/> 病気等健康上の理由でできない |

問 48 あなたは、ご自身の身体活動量（歩行や運動の量）についてどのように思いますか。（1つのみ）

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 十分だと思う | <input type="checkbox"/> 不足していると思う | <input type="checkbox"/> わからない |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

問 49 ここ数日、以下のような症状はありますか。（いくつでも）

※「気になる症状はない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 手足の関節が痛む | <input type="checkbox"/> 手足の動きが悪い |
| <input type="checkbox"/> 手足が冷える | <input type="checkbox"/> 手足がしびれる | <input type="checkbox"/> 気になる症状はない |

【60歳以上の方に伺います。】

問 50 あなたは、買い物や散歩など、自分から積極的に外出するほうですか。（1つのみ）

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日する | <input type="checkbox"/> 週3回以上は外出する | <input type="checkbox"/> 週2回以下である | <input type="checkbox"/> 外出しない・できない |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

6. 休養・こころの健康について

問 51 あなたは、最近 1 か月間に不満や悩み、ストレスなどを感じたことがありますか。(1つのみ)

- 大いに感じた
 多少感じた
 あまり感じなかった
 感じなかった

問 52 あなたは、次の①～⑥に対して、過去 1 か月の間はどのような頻度でしたか。

※①～⑥のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
①神経過敏に感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②絶望的だと感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③そわそわ、落ち着かなく感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤何をするのも骨折りだと感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥自分は価値のない人間だと感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 53 あなたのストレス解消法は何ですか。(いくつでも)

※「特にない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- 趣味
 運動をする・体を動かす
 飲酒
 睡眠
 買い物
 食事
 おしゃべり
 その他()
 特にない

問 54 あなたは、自然との触れ合いを楽しんでいますか。(1つのみ)

- 頻繁に楽しんでいる
 ときどき楽しんでいる
 そういう機会はほとんどない

問 55 あなたは、普段の睡眠で熟睡感がありますか。(1つのみ)

- 十分にある
 だいたいある
 あまりない
 全くない

問 56 あなたは、睡眠確保のために、次の①～④を使用していますか。

※①～④のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	いつも使用している	ときどき使用している	使用していない
①睡眠薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②精神安定剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③サプリメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④お酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. たばこについて

問 57 あなたは、たばこを吸いますか。(1つのみ)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日吸っている
<input type="checkbox"/> 時々吸う日がある
<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、1か月以上吸っていない
<input type="checkbox"/> 吸わない | } | 問 57-1、問 57-2、問 57-3、問 57-4、問 57-5へ |
|--|---|-------------------------------------|

【問 57で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した方に伺います。】

問 57-1 現在、あなたが吸っているたばこ製品は何ですか。(いくつでも)

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 紙巻たばこ | <input type="checkbox"/> 加熱式たばこ | <input type="checkbox"/> その他 |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

【問 57で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した方に伺います。】

問 57-2 あなたは、通常1日に何本たばこを吸いますか。(□内に数字を記入)

1日の本数	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> 本		

【問 57で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した方に伺います。】

問 57-3 あなたは、たばこをやめようとしたり、本数を減らそうとしたことがありますか。
(1つのみ)

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 努力中である | <input type="checkbox"/> 努力したことはあるができなかった | <input type="checkbox"/> 一度もない |
|---------------------------------|---|--------------------------------|

【問 57で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した方に伺います。】

問 57-4 あなたは、病院の禁煙外来や薬局での禁煙支援、保健所の禁煙サポート事業などを知っていますか。(1つのみ)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 聞いたことはある | <input type="checkbox"/> 知らない |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

【問 57 で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した方に伺います。】

問 57-5 あなたは、病院の禁煙外来や薬局での禁煙支援、保健所の禁煙サポート事業などを利用してみたいと思いますか。(1つのみ)

- ぜひ利用したい できれば利用したい
 利用したいとは思わない

禁煙に関する情報は
こちら→



問 58 あなたは、たばこが健康へ及ぼす影響はどれだと思えますか。(いくつでも)

※「あてはまるものは1つもない」もしくは「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肺がん | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 妊婦への影響 (低体重児等) | <input type="checkbox"/> 歯周病 |
| <input type="checkbox"/> 乳幼児突然死症候群 (SIDS) | <input type="checkbox"/> あてはまるものは1つもない | <input type="checkbox"/> わからない |

問 59 あなたは、慢性閉塞性肺疾患 (COPD) という病気を知っていますか。(1つのみ)

- どんな病気かよく知っている 名前は聞いたことがある
 知らない (今回の調査で初めて聞いた)

【ご家族に、小学生・中学生・高校生のいる方のみにお伺いします。】

問 60 あなたは、たばこが健康に及ぼす影響についてお子さんと話をしたことがありますか。(1つのみ)

- 積極的にしている 何回かしたことがある 全くない

【まずはこちらの文章をお読みください】

たばこは吸う本人だけでなく、たばこを吸わない周囲の人の健康にも影響を及ぼします。室内等で、他人のたばこの煙を吸わされることを「受動喫煙」といいます。望まない受動喫煙の防止を図るため、健康増進法が改正され (平成 30 年 7 月改正、令和元年 7 月一部施行、令和 2 年 4 月全面施行)、多数の方が利用する施設等の区分に応じて講ずべき措置が定められました。

問 61 あなたは、受動喫煙の害について知っていますか。(1つのみ)

- 知っている 名前は聞いたことがある 知らない (今回の調査で初めて聞いた)

※たばこの煙にはたばこを吸う人が吸い込む「主流煙」と、火のついたたばこの先から立ち上げる「副流煙」があります。主流煙よりも副流煙の方が有害物質の含有量が数倍から数十倍高いことがわかっています。

問 62 あなたは、健康増進法が改正され、受動喫煙防止対策がマナーからルールになったこと (原則屋内禁煙、施設管理者による受動喫煙防止対策が義務となった、法律に違反した場合は罰則がある等) を知っていますか。(1つのみ)

- 知っている 聞いたことがある 知らない (今回の調査で初めて聞いた)

問 63 あなたは、この1か月間に、次の①～⑨の場所において、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。

※①～⑨のそれぞれに回答してください。（それぞれ1つのみ）

※学校、飲食店、遊技場等に勤務していて、その職場で受動喫煙があった場合は、「②職場」欄に回答してください。

	ほぼ毎日	週に数回程度	週に1回程度	月に1回程度	全くなかった	行かなかった
①家庭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②職場	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④飲食店	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤遊技場（ゲームセンター、パチンコ、競馬場など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥行政機関（市役所、町村役場、公民館など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧屋外（公園・歩道など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 64 今後、受動喫煙防止対策を進めるために必要なことは何だと思いませんか。（いくつでも）

※「特にない」もしくは「わからない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

<input type="checkbox"/> 各施設の管理者へ対策方法について啓発する	<input type="checkbox"/> 受動喫煙の健康への影響を啓発する
<input type="checkbox"/> 喫煙者へのマナー向上を啓発する	<input type="checkbox"/> 禁煙を希望する喫煙者への禁煙支援をする
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 特にない
<input type="checkbox"/> わからない	

8. アルコールについて

問 65 あなたは、お酒（アルコール類）を飲みますか。（1つのみ）

※週または月の単位でお酒を飲む方は、回数もお答えください。（□内に数字を記入）

<input type="checkbox"/> 毎日飲む	} 問 65-1、問 65-2へ
<input type="checkbox"/> 週に <input type="text"/> 回程度飲む	
<input type="checkbox"/> 月に <input type="text"/> 回程度飲む	
<input type="checkbox"/> 以前は飲んでしたがやめた	
<input type="checkbox"/> 飲まない	

【問 65 で「毎日飲む」「週に○回程度飲む」「月に○回程度飲む」と回答した方に伺います。】

問 65-1 あなたは、1 回当たりどのくらいの量を飲みますか。ご面倒でも清酒に換算の上、ご記入ください。(□内に数字を記入)

1 回当たりの量	清酒で <input type="text"/> 合程度
----------	------------------------------

【清酒 1 合 (180ml) の目安】

ビール中瓶 1 本(500ml)、ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、焼酎 35 度(80ml)、ワイン 2 杯(240ml)

【問 65 で「毎日飲む」「週に○回程度飲む」「月に○回程度飲む」と回答した方に伺います。】

問 65-2 あなたの飲酒は、適度な飲酒量におさまっていると思いますか。(1 つのみ)

そう思う 少し超えていると思う かなり超えていると思う わからない

【ご家族に、小学生・中学生・高校生のいる方のみ伺います。】

問 66 あなたは、飲酒が健康に及ぼす影響についてお子さんと話をしたことがありますか。(1 つのみ)

積極的にしている 何回かしたことがある 全くない

9. 歯と口の健康について

問 67 定期健診や歯石除去などの予防処置を受けている、かかりつけの歯科医院はありますか。(1 つのみ)

ある ない

問 68 最近 1 年間に歯科医院を受診しましたか。(1 つのみ)

はい ⇒問 68-1 へ いいえ

【問 68 で「はい」と回答した方に伺います。】

問 68-1 あなたが、歯科医院を受診した理由は何ですか。(いくつでも)

むし歯の治療 歯周病の治療
 入れ歯の治療 定期健診
 その他 ()

問 69 歯や歯ぐきの病気は、ご自身で予防することができると思いますか。(1 つのみ)

思う 思わない わからない

問 70 あなたの歯ぐきの状態について教えてください。(いつでも)

<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている	<input type="checkbox"/> 歯を磨いた時に血が出る
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが下がって歯の根が出ている	<input type="checkbox"/> 歯ぐきを押しと膿が出る
<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 歯科医師に歯周病と言われ、治療している
<input type="checkbox"/> 過去に歯科医師に歯周病と言われたことがある	

問 71 かねで食えるときの状態はいかがですか。(1つのみ)

<input type="checkbox"/> 何でもかねで食べることができる	<input type="checkbox"/> 一部かめない食べ物がある
<input type="checkbox"/> かめない食べ物が多い	<input type="checkbox"/> かねで食べることはできない

問 72 食べ方や食事の様子はいかがですか。

※①～⑤のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	はい	いいえ
① ゆっくりよくかねで食事をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 半年前に比べて固いものが食べにくくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ お茶や汁物等でむせることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 口の渇きが気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 社会参加、地域とのつながりについて

問 73 あなたは、住民が主体となっていて行っている活動（地域活動）に参加していますか。

(1つのみ)

<input type="checkbox"/> よく参加している	<input type="checkbox"/> 時々参加している
<input type="checkbox"/> あまり参加していない	<input type="checkbox"/> 参加していない

参考) 住民が主体となっていて行っている活動（地域活動）の例

- | | |
|------------------|----------------------|
| * 祭りやイベントなどの交流活動 | * 自治会、町内会などの自治組織の運営 |
| * 環境美化活動 | * 子どもに関する活動 |
| * スポーツ、レクリエーション | * ごみ減量、リサイクル推進のための活動 |
| * 交通安全のための活動 | * 防犯活動 |
| * 防災活動 | * 健康づくり活動 |
| * 福祉活動 | * 男女共同参画推進のための活動 |

問 74 次の①～④の地域の状況について、あなたが感じていることをお答えください。

※①～④のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	強く思う	どちらかといえば そう思う	どちらともいえない	どちらかといえば そう思わない	全くそう思わない
①あなたのお住まいの地域の人々は、お互いに助け合っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②あなたのお住まいの地域の人々は、信頼できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③あなたのお住まいの地域の人々は、お互いにあいさつをしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④あなたのお住まいの地域では、問題が生じた場合、人々は力を合わせて解決しようとする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 新型コロナウイルス感染症の影響について

問 75 新型コロナウイルス感染症が日本で確認されてから、1年7か月が経過しました。

あなたのこの1か月間の生活は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前と比べて変化がありましたか。

※①～⑪のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	増えた	変わらない	減った	もともとない※
① 1日当たりの食事の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 1日当たりの間食の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 1日当たりの飲酒の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 飲酒の頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 1週間の運動日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 運動を行う日の平均運動時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 1日当たりの睡眠時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 喫煙の頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ テレビやパソコン等のメディア（SNS、ゲーム含む）の利用時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ ストレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※もともとその習慣がない場合は、「もともとない」を回答してください。

問 76 日常生活をおくる上で、現在あなたが困っていることや、ストレスに感じたことはありますか。
(いくつでも)

※「困ったこと、ストレスに感じたことはない」と回答した場合は、1つのみの回答としてください。

<input type="checkbox"/> 自宅にいる時間が増えることで運動ができずに健康が悪化すること <input type="checkbox"/> 寝る時間、起きる時間のリズムが崩れること <input type="checkbox"/> 元の生活スタイルへ戻ることへの不安 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症について正しい情報や知識が不足していること <input type="checkbox"/> 自分や家族が感染するかもしれないこと <input type="checkbox"/> 家族、親族、友人に会えないこと <input type="checkbox"/> 自宅で調理をする機会が増えたこと <input type="checkbox"/> 趣味に制約があること <input type="checkbox"/> これまで行っていたストレス解消法ができないこと <input type="checkbox"/> 世帯の経済的な苦しさが増したこと <input type="checkbox"/> 困ったこと、ストレスに感じたことはない <input type="checkbox"/> その他 ()
--

問 77 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、医療機関への受診や健診を受ける機会に影響
はありましたか。

※①～④のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つのみ)

	影響は なかった	中断 中段 している	中断 中段したが、 再開した	普段から 受診していない
①病気の治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②健康診断 (がん検診含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③歯科治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④歯科定期健診 (歯石除去含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

最後に、健康あるいは健康づくりについて、日頃考えていることや市へのご意見などがありましたら、
ご自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/>

調査は以上で終了です。ご協力誠にありがとうございました。

ご回答いただいた内容は、市民の皆さんの健康づくりに関する計画の策定に役立ててまいります。

記入漏れがないか、もう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒 (切手不要) に入れて、

令和3年9月30日 (木) までに、お近くの郵便ポストに投函してください。