

食生活アンケート

お名前 ()

※1 参考例に従って3日間の食事内容をご記入ください。食べ物だけでなく飲み物もご記入ください。

※2 記入日は必ず平日を2日、お仕事や学校がお休みの日を1日ご記入ください。

【参考例】

10月3日(日) 食事内容	
6:00	起床
7:00	朝食(ごはん,味噌汁,卵焼き,りんご)
9:00	歯みがき
10:00	
11:00	
12:00	昼食(パスタ,サラダ,ヨーグルト)
14:00	歯みがき
15:00	
16:00	紅茶(砂糖),チョコレート
17:00	
18:00	
19:00	夕食(ごはん,刺身,野菜炒め,みかん)
20:00	
21:00	
22:00	ワイン,チーズ
23:00	歯みがき
0:00	就寝
1:00	
2:00	
3:00	

月	日 ()	食事内容	月	日 ()	食事内容	月	日 ()	食事内容
6:00			6:00			6:00		
7:00			7:00			7:00		
8:00			8:00			8:00		
9:00			9:00			9:00		
10:00			10:00			10:00		
11:00			11:00			11:00		
12:00			12:00			12:00		
13:00			13:00			13:00		
14:00			14:00			14:00		
15:00			15:00			15:00		
16:00			16:00			16:00		
17:00			17:00			17:00		
18:00			18:00			18:00		
19:00			19:00			19:00		
20:00			20:00			20:00		
21:00			21:00			21:00		
22:00			22:00			22:00		
23:00			23:00			23:00		
0:00			0:00			0:00		
1:00			1:00			1:00		
2:00			2:00			2:00		
3:00			3:00			3:00		

【当てはまるところに✓をつけてください】

頻度	ほとんど食べない	たまに食べる	ほぼ毎日食べる	1日に数回食べる
食品				
ビスケット クッキー				
スナック菓子				
せんべい・おかき				
あめ・キャラメル				
和菓子・まんじゅう				
チューイングガム				
アイスクリーム				
プリン・ゼリー ヨーグルト				
くだもの				
コーヒー・紅茶 (砂糖あり・なし)				
スポーツドリンク 栄養ドリンク				
清涼飲料・乳酸飲料				
果汁入り飲料				

MEMO

【普段使用している歯みがきグッズに✓をつけてください】

<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯みがき粉 ・商品名、メーカーをご記入ください ()
<input type="checkbox"/> 糸ようじ・デンタルフロス	<input type="checkbox"/> フッ素が含まれていますか? () 含まれている () 含まれていない () 不明
<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ (サイズ:)	<input type="checkbox"/> 歯みがき後のうがい回数 () 回
<input type="checkbox"/> うがい液	