

Анкета
"Оцени риски своего здоровья"

Уважаемый сотрудник!

В Вашем учреждении проводятся мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В целях выявления потребностей в вопросах здоровья и здорового образа жизни просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Благодарим за сотрудничество!

Наименование организации _____

Пол: мужской женский

Возраст (полных лет) _____

Должность _____

Дата заполнения анкеты " ____ " _____ 20__ г.

1.	Характер питания (отметьте значком "V" один ответ, соответствующий Вашим привычкам питания)		
1.1	Сколько раз в день Вы принимаете пищу? 3-4 раза в день <input type="checkbox"/> 2-3 раза в день <input type="checkbox"/> 1 раз в день <input type="checkbox"/>	0 1 2	
1.2	За сколько часов до сна Вы принимаете пищу? Не ужинаю <input type="checkbox"/> Более, чем за 2 часа <input type="checkbox"/> За 2 часа и менее <input type="checkbox"/>	0 1 2	
1.3	Сколько кусков (чайных ложек) сахара Вы обычно потребляете за день с чаем, кофе? Ни одного <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6 и более <input type="checkbox"/>	0 1 2 3	
1.4	Как часто Вы пьете сладкие газированные напитки (колу, пепси, фанту и пр.)? Никогда <input type="checkbox"/> 1 раз в неделю и реже <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/> 4-6 раз в неделю <input type="checkbox"/> Несколько раз в день <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4	
1.5	Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную пищу? Нет, никогда <input type="checkbox"/>	0	

	Да, иногда <input type="checkbox"/>	1	
	Да, обычно <input type="checkbox"/>	2	
1.6	На каком жире Вы обычно жарите пищу дома? Не жарю <input type="checkbox"/> На растительном масле <input type="checkbox"/> На маргарине <input type="checkbox"/> На сливочном масле <input type="checkbox"/> На животном жире <input type="checkbox"/> На различных жирах <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	
1.7	Как часто Вы едите овощи (кроме картофеля) и фрукты? Несколько раз в день <input type="checkbox"/> 4-6 раз в неделю <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/> 1 раз в неделю и реже <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4	
1.8	Чем Вы дома преимущественно заправляете салаты? Ничем <input type="checkbox"/> Растительным маслом <input type="checkbox"/> Сметаной <input type="checkbox"/> Майонезом <input type="checkbox"/> Всеми вышеперечисленным <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4	
Сумма баллов			

2.	Физическая активность (Отметьте значком "V" один ответ)		
2.1	Как Вы добираетесь на работу и с работы? Пешком <input type="checkbox"/> На общественном транспорте <input type="checkbox"/> На собственном автомобиле <input type="checkbox"/>	0 1 2	
2.2	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в среднем и быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? Более 1 часа <input type="checkbox"/> Менее 1 часа <input type="checkbox"/>	0 1	
2.3	Делаете ли Вы утреннюю зарядку? Ежедневно <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/>	0 1 2	
2.4	Посещаете ли Вы спортивные секции? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	0 1	

2.5	Сколько часов в неделю Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями (в т.ч. посещение бассейна, танцы)? Более 3 часов <input type="checkbox"/> 2-3 часа <input type="checkbox"/> 1-2 часа <input type="checkbox"/> Не занимаюсь <input type="checkbox"/>	0 1 2 3	
2.6	Проводите ли Вы гимнастику на рабочем месте? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	0 1	
Сумма баллов			

3.	Выявление уровня стресса (Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны с каждым из перечисленных ниже утверждений)				
	Утверждение	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Не согласен
3.1	Пожалуй, я нервный человек	1	2	3	4
3.2	Я очень беспокоюсь о своей работе	1	2	3	4
3.3	Я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
3.4	Моя профессиональная деятельность вызывает у меня большое напряжение	1	2	3	4
3.5	Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
3.6	К концу дня я совершенно истощен физически и психически	1	2	3	4
3.7	В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4
Сумма баллов					
Результат: подсчитайте количество баллов, для этого суммируйте все обведенные Вами цифры и разделите на 7 (общее число утверждений).					

4. Отношение к курению (Отметьте значком "V" один ответ)			
4.1	Как можно охарактеризовать Вас по отношению к курению? Никогда не курил (а) <input type="checkbox"/> Курил (а), но бросил (а) <input type="checkbox"/> Курю <input type="checkbox"/>	0 1 2	
4.2	Если Вы продолжаете курить, употребляете ли Вы табачные изделия ежедневно? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	1 2	
4.3	Как скоро после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету? В течение первых 5мин <input type="checkbox"/> В течение 6-30мин <input type="checkbox"/> 30 мин-60 мин <input type="checkbox"/> Более чем 60 мин <input type="checkbox"/>	3 2 1 0	
4.4	Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	1 0	
4.5	От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? Первая утром <input type="checkbox"/> Все остальные <input type="checkbox"/>	1 0	
4.6	Сколько в среднем сигарет (папирос) Вы выкуриваете в день? До 10 сигарет <input type="checkbox"/> 11-12 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 и более <input type="checkbox"/>	0 1 2 3	
4.7	Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	1 0	
Сумма баллов			

5. Отношение к алкоголю (Отметьте значком "V" один ответ)		
5.1	<p>Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете?</p> <p>Сух <input type="checkbox"/> вино</p> <p>Пив <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Крепленое вино</p> <p><input type="checkbox"/> Столовое вино</p> <p><input type="checkbox"/> Коньяк</p> <p><input type="checkbox"/> Виски</p> <p><input type="checkbox"/> Ром</p> <p><input type="checkbox"/> Водка</p> <p><input type="checkbox"/> Самогон</p> <p><input type="checkbox"/> Бренди</p> <p><input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>3</p> <p>0</p>
5.2	<p>Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете?</p> <p>Сух <input type="checkbox"/> вино</p> <p>Пив <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Крепленое вино</p> <p><input type="checkbox"/> Столовое вино</p> <p><input type="checkbox"/> Коньяк</p> <p><input type="checkbox"/> Виски</p> <p><input type="checkbox"/> Ром</p> <p><input type="checkbox"/> Водка</p> <p><input type="checkbox"/> Самогон</p> <p><input type="checkbox"/> Бренди</p> <p><input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>3</p> <p>0</p>
5.3	<p>В каких ситуациях Вы употребляете алкоголь?</p> <p>В компании с друзьями, для веселья, хорошего настроения <input type="checkbox"/></p> <p>По случаю важных событий (день рождения, свадьба и пр.) <input type="checkbox"/></p> <p>Для аппетита <input type="checkbox"/></p> <p>При появлении проблем, семейных неурядиц, скуки, одиночества <input type="checkbox"/></p> <p>Чтобы почувствовать себя увереннее <input type="checkbox"/></p> <p>Для снятия физической боли <input type="checkbox"/></p> <p>От простуды <input type="checkbox"/></p> <p>Угощают, отказаться неудобно <input type="checkbox"/></p> <p>Для снятия эмоционального или физического напряжения <input type="checkbox"/></p> <p>После бани <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>0</p>
5.4	<p>Считают ли друзья, что Вы много выпиваете??</p> <p>Да <input type="checkbox"/></p> <p>Нет <input type="checkbox"/></p>	<p>6</p> <p>0</p>
5.5	<p>Были ли у вас проблемы, связанные с алкоголем, в семье, на работе?</p> <p>Да <input type="checkbox"/></p> <p>Нет <input type="checkbox"/></p>	<p>4</p> <p>0</p>

5.6	<p>Можете ли Вы во время застолья отказаться от приема алкоголя, несмотря на уговоры окружающих?</p> <p>Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Не всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Да <input type="checkbox"/></p>	6 2 0	
5.7	<p>Допускаете ли вы возможность вождения машины в нетрезвом состоянии?</p> <p>Да <input type="checkbox"/></p> <p>Нет <input type="checkbox"/></p>	0 6	
5.8	<p>Крепкие напитки Вы пьете:</p> <p>Залпом <input type="checkbox"/></p> <p>Медленно <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Крепкие напитки не пью</p>	3 2 0	
5.9.	<p>Бывает ли у вас ощущение похмелья?</p> <p>Часто <input type="checkbox"/></p> <p>Крайне редко <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	6 2 0	
5.10	<p>Часто ли вам приходится похмеляться?</p> <p>Часто <input type="checkbox"/></p> <p>Крайне редко <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	6 2 0	
Сумма баллов			

6	Состояние здоровья (Отметьте значком "V" вариант ответа)		
6.1	Ваш рост (см) – Ваш вес (кг) – Ваш обхват талии (см) –		
6.2	Знаете ли Вы цифры своего артериального давления? Систолическое АД – Диастолическое АД –		
6.3	Бывает ли у Вас повышенное артериальное давление? Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Постоянно <input type="checkbox"/>	0 1 2	
6.4	Знаете ли Вы свой уровень сахара в крови? Да <input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	0 1 2	
6.5	Как в настоящее время Вы оцениваете состояние своего здоровья? Отличное <input type="checkbox"/> Хорошее <input type="checkbox"/> Удовлетворительное <input type="checkbox"/> Плохое <input type="checkbox"/>	0 1 2 3	
6.6	Обращались ли Вы к врачу в течение последних 6 мес? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	0 1	
6.7	Получали ли Вы лист нетрудоспособности в течение последних 6мес? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	0 1	
Сумма баллов			

Оценка результатов анкетирования

1	Характер питания	<p><i>Оценка результата («ключ»)</i> – Суммируйте баллы, полученные в перечисленных вопросах:</p> <p>0-5 – нарушения рационального питания отсутствуют (отлично)</p> <p>6-10 – незначительные нарушения рационального питания (хорошо)</p> <p>11-13 – имеются некоторые нарушения рационального питания (удовлетворительно)</p> <p>14 баллов и более – имеются нарушения рационального питания (плохо)</p>
2	Физическая активность	<p><i>Оценка результата («ключ»)</i> – Суммируйте баллы, полученные в перечисленных вопросах:</p> <p>0-5 – физическая активность достаточно высока (отлично)</p> <p>6-10 – физическая активность низкая (плохо)</p>
3	Выявление уровня стресса	<p><i>Оценка результата:</i></p> <p>Уровень стресса «высокий» – (балл 1-2);</p> <p>«средний» – (балл 2,01-3);</p> <p>«низкий» – (балл 3,01-4)</p>
4	Отношение к курению	<p><i>Оценка результата:</i></p> <p>0-2 – очень слабая зависимость</p> <p>3-4 – слабая зависимость</p> <p>5 – средняя зависимость</p> <p>6-7 – высокая зависимость</p> <p>8-10 – очень высокая зависимость</p>
5	Отношение к алкоголю	<p><i>Оценка результатов:</i></p> <p>10 баллов и менее - Вы знаете о культуре питья, проблем с алкоголем у Вас нет, алкоголизм Вам не грозит.</p> <p>11 - 25 баллов - Вам надо задуматься. Возможно, у Вас уже есть некоторые проблемы, связанные с алкоголем.</p> <p>26- 45 баллов - Вам следует признаться в том, что у Вас есть риск к развитию алкоголизма.</p> <p>Больше 45 очков - Вероятно, Вы злоупотребляете алкоголем, решить самостоятельно эту проблему Вам сложно.</p>

Заявка на участие в мероприятии "Игра на похудение"

1.	Ф.И.О. (полностью)	
2.	Число, месяц, год рождения	
3.	Наименование организации	
4.	Должность	
5.	Контактный телефон (сотовый)	
6.	Вес (кг)	
7.	Рост (см)	

Фотография приветствуется.

Заявка на участие в мероприятии "Время бросить курить"

1.	Ф.И.О.(полностью)	
2.	Число, месяц, год рождения	
3.	Наименование организации	
4.	Должность	
5.	Контактный телефон (сотовый)	
6.	Стаж курения	
7.	Число выкуриваемых сигарет в день	