

## 食生活に関するテスト Eating Attitude Test

ローザンヌ国際バレエコンクールのコネサルタント / 医師にご連絡いただく場合は、下記までお願いいたします。

Docteur Carlo Bagutti, Vidy Med, Route de Chavannes 11, 1000 Lausanne 23  
tel. 41 21/ 622 87 00, fax 41 21/622 87 02, e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch

姓： 名：

生年月日： 国籍：

番号がふられた項目ごとに、一番よくあてはまる欄に「X」を記入してください。質問のうち多くは食事に直接関係することですが、その他の質問も含まれています。医師の立会いのもとで全ての質問にできるだけ正確に回答してください。ご協力いただき、ありがとうございます。回答の内容はすべて厳重に秘密に取り扱われます。

	いつも	頻繁に	しばしば	時々	たまに	なし
1) 他の人と一緒に食事をするのが好きだ。	<input type="checkbox"/>					
2) 他人のために料理をするが、自分で料理したものは食べない。	<input type="checkbox"/>					
3) 食事をする前に不安感をもよおす。	<input type="checkbox"/>					
4) 体重が増えることに恐怖を感じる。	<input type="checkbox"/>					
5) お腹がすいている時に食べるのを避けるようにしている。	<input type="checkbox"/>					
6) 自分は、食べることについて過度に心配したり、とらわれていると思う。	<input type="checkbox"/>					
7) バカ食いをして、バカ食いをしている最中に食べるのを止められないという感じを抱く。	<input type="checkbox"/>					
8) 食べる物を小さく切る。	<input type="checkbox"/>					
9) 食べる食物のカロリー内容を理解している。	<input type="checkbox"/>					
10) 炭水化物を多く含む食物(例：パン、じゃがいも、米等)はとらないようにしている。	<input type="checkbox"/>					
11) 食事後にむくんだような感じがする。	<input type="checkbox"/>					
12) 自分がかっと食べることを他人は望んでいると思う。	<input type="checkbox"/>					
13) 食事をした後に吐く。	<input type="checkbox"/>					
14) 食事をした後に罪悪感を強く感じる。	<input type="checkbox"/>					
15) もっとやせたいといつも強く望んでいる。	<input type="checkbox"/>					
16) カロリーを消費するために熱心に運動をしている。	<input type="checkbox"/>					
17) 一日に何回か体重を測る。	<input type="checkbox"/>					
18) 身体にピッタリとフィットした服装が好きだ。	<input type="checkbox"/>					
19) 肉を食べるのが好きだ。	<input type="checkbox"/>					

	いつも	頻繁に	しばしば	時々	たまに	なし
20) 朝は早起きをしている。	<input type="checkbox"/>					
21) 毎日同じものを食べている。	<input type="checkbox"/>					
22) 運動するときには、それによって消費するカロリーのことを考える。	<input type="checkbox"/>					
23) 生理は一定している。	<input type="checkbox"/>					
24) 他の人は、私がやせ過ぎだと思っている。	<input type="checkbox"/>					
25) 身体に脂肪がつくのではということをととても気にかけている。	<input type="checkbox"/>					
26) 食事をとるスピードが他の人より遅い。	<input type="checkbox"/>					
27) レストランで食事をするのが好きだ。	<input type="checkbox"/>					
28) 便秘薬を飲んでいる。	<input type="checkbox"/>					
29) 糖分を含んだ食物はとらないようにしている。	<input type="checkbox"/>					
30) ダイエット食品を食べている。	<input type="checkbox"/>					
31) 食生活が自分の生活を支配しているように感じる。	<input type="checkbox"/>					
32) 食べ物を前にした時、それを食べることにに関して自分をコントロールできる。	<input type="checkbox"/>					
33) 他の人から、食事をとるように強制されていると感じる。	<input type="checkbox"/>					
34) 食べ物についてあまりに多くの時間を使い、そのことについて考えすぎている。	<input type="checkbox"/>					
35) 便秘症である。	<input type="checkbox"/>					
36) 甘いものを食べた後に不安を感じる。	<input type="checkbox"/>					
37) ダイエットをしている。	<input type="checkbox"/>					
38) お腹（胃）が空っぽになっているのが好きだ。	<input type="checkbox"/>					
39) 今まで食べたことのないような贅沢な食事を試してみるのが好きだ。	<input type="checkbox"/>					
40) 食事後に吐きたい衝動にかられる。	<input type="checkbox"/>					

日時および場所：

コンクール参加者の署名：

医師の署名：

医師の住所：